

11. 12. 1910.

В. В. Лукорский

Болеславу Россу.

~~1910~~
~~9339~~ ✓

241
2142

ПОСОБИЯ ДЛЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

И. В. НИКОЛЬСКИЙ

Профессор Северо-кавказского государственного университета

БОЛЕЗНИ КОЖИ

РУКОВОДСТВО
ДЛЯ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ

ИЗДАНИЕ ТРЕТЬЕ

*Научно-технической секцией Государственного ученого
совета допущено в качестве пособия для
высшей медицинской школы*

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МОСКВА 1928 ЛЕНИНГРАД

ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ

Издание на правах рукописи моих «Лекций по болезням кожи», сделанное Студенческим медицинским обществом при Донском Университете, разошлось очень скоро, и мои слушатели и врачи снова стали обращаться ко мне с просьбой дать им руководство по болезням кожи.

Ясно оценивая неблагоприятные условия издания учебника в настоящее время, особенно в Ростове, когда нет под руками не только текущей, но и старой литературы, я, тем не менее, решился исполнить просьбу слушателей, имея в виду полное отсутствие на русском языке учебников по дерматологии, не говоря уже об оригинальных русских, но даже и переводных.

С целью дать, по возможности, полный курс дерматологии я дополнил первое издание многими новыми главами. Изложение анатомических фактов и клинического течения многих болезней дополнено фотографиями с больных и краткими историями болезни.

Заранее прошу читателей не поставить мне в вину многих недочетов издания. Я всеми силами старался сделать его наилучше, в пределах современной возможности.

Профессор *Петр Никольский*

Ростов-на-Дону.
21 июня 1923 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

Первое издание моего руководства «Болезни кожи», в количестве 5 000 экземпляров, разошлось в течение двух лет. Это указывает на большую потребность в подобном руководстве.

Для второго издания я сделал некоторые исправления и пополнения. Чтобы не увеличивать объема книги, я выпустил отдел «к рисункам клинических больных» (истории болезней).

Гистологические рисунки я дополнил патолого-гистологическими из коллекции заведваемой мною клиники. Плохие клинические рисунки я заменил новыми, в том числе с муляжей, изготавливаемых ординатором клиники д-ром Бай буртъяном, в надежде, что на этот раз клише будут исполнены лучше.

Профессор *Петр Никольский*

Ростов-на-Дону.
30 января 1926 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

От автора	стр. III
Предисловие к первому изданию	IV
Предисловие ко второму изданию	IV
Краткий очерк истории дерматологии	1

ОБЩАЯ ЧАСТЬ.

Анатомия, физиология и общая патология кожи. Общая диагностика.

Анатомия и физиология кожи

Складки, гребешки и бороздки кожи	24
Покровный эпителий	27
Ногти	35
Железистый эпителий	36
Соединительнотканная основа кожи	46
Эластическая ткань	49
Мышцы кожи	51
Мышечно-волосковый рефлекс	52
Сосуды кожи	53
Нервы кожи	59
Анатомические и физиологические особенности некоторых областей кожи	66
Дыхательная функция кожи	68
Всасывание кожей химических веществ	70
Лакирование кожи	70
Простуда	72
Кожа как регулятор тепла в организме	76

Общая патологическая анатомия кожи

Количественные изменения в эпителиальном слое кожи	80
Качественные изменения	80
Гиперемия активная и пассивная	82
Отек кожи	84
Воспаление кожи	84
Кровоизлияния	85
Гипертрофия соединительной ткани	85

Общая диагностика болезней кожи

Первичные морфологические элементы сыпи	88
Пятно	88
Узелок	88
Бугорок	89
Узел	90
Шишка	90
Пузырек	90

	СТР.
Пузырь	91
Гнойничок	91
Вторичные морфологические элементы сыпи	92
Ссадина	92
Язва	93
Чешуя	94
Корка	94
Рубец	95
Рубцевидная атрофия	95
Трещины	95
Вегетации	95
Причины болезней кожи	95
Классификация болезней кожи	99

СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ.

Частная патология и терапия болезней кожи.

Мокнувший, пузырьковый и чешуйчатый лишай	
Мокнувший лишай. Катар кожи	103
Острая экзема	105
Хроническая экзема	108
Лечение острой и подострой экземы	121
Лечение хронической экземы	127
Себорройная экзема (<i>Eczema seborrhoicum</i>)	133
Многоформенная экссудативная эритема (<i>Erythema exsudativum multi-</i> <i>forme</i>)	134
Лекарственные сыпи (<i>Erythema medicamentosum</i>)	143
Кожные кровоизлияния (<i>Haemorrhagiae cutaneae</i> . — <i>Purpura</i>)	145
Пузырьковый лишай (<i>Herpes</i>)	147
Пузырчатка (<i>Pemphigus</i>)	154
Пузырчатка новорожденных (<i>Pemphigus neonatorum</i>)	166
Врожденная пузырчатка (<i>Epidermolysis bullosa hereditaria</i>)	167
Пузырьково-гнойничковая сыпь Гебры (<i>Impetigo herpetiformis Hebrae</i>). Герпетиформный дерматит Дюринга [<i>Dermatitis herpetiformis (Düh-</i> <i>ring)</i>]	168
Крапивница (<i>Urticaria</i>)	171
Острый ограниченный отёк кожи (<i>Oedema cutis acutum circumscriptum</i>)	177
Острый ограниченный болезненный отёк кожи. (<i>Oedema cutis acutum cir-</i> <i>cumscriptum dolorosum</i> . <i>Erythromelalgia</i>)	178
Нервный панариций (<i>Panaris nerveux</i>)	180
Отёк кожи при истерии (<i>Oedema cutis hystericum</i>)	180
Почесуха (<i>Prurigo</i>)	181
Кожный зуд (<i>Pruritus cutaneus</i> . — <i>Neurodermitis</i> . — <i>Kraurosis vulvae</i>)	189
<i>Dermatophobia</i>	199
Чешуйчатый лишай (<i>Psoriasis</i>)	200
<i>Parapsoriasis</i>	219
Розовый лишай (<i>Pityriasis rosea</i> <i>Gibert'a</i>)	220
Красный лишай (<i>Lichen ruber</i>)	221
Гиперкератозы	
Волосистой лишай (<i>Lichen pilaris</i> . <i>Keratosis pilaris</i>)	229

	стр.
Рыбья чешуя (Ichthyosis)	230
Мозоль (Clavus)	238
Симметричные оомозелости на конечностях. (Hyperkeratosis seu keratoderma palmaris et plantaris symmetrica)	239
Кожный пор (Cornu cutaneum)	243
Бородавка (Verruca)	244
Porokeratosis	246
Шиповатый кератоз волосяных мешков. Lichen spinulosus (Lichen spinulosus, ichthyosis sebacea cornea; keratosis follicularis con'agiosa)	246
Вегетирующий фолликулярный кератоз. Болезнь Дарье (Psorospermose folliculaire végétante Darier)	248
Пигментная и сосочковая дистрофия кожи (Distrophie pigmentaire et papillaire. Acanthosis nigricans)	249
Черный волосатый язык	249
Омертвление и язвы кожи	
Омертвление кожи (Gangraena cutis)	250
Старческая гангрена (Gangraena senilis)	252
Гангрена при диабете (Gangraena diabetorum)	253
Омертвление кожи у истеричных (Gangraena hysterica)	253
Множественное омертвление кожи (Gangraena cutis multiplex)	253
Местная синюха и симметрическое омертвление конечностей (Asphyxia localis et gangraena symmetrica extremitatum. Morbus Raynaud)	254
Язвы кожи (Ulcera cutanea)	257
Прободающая язва (Mal perforant. Ulcus perforans)	257
Хроническая язва голени (Ulcus cruris chronicum)	259
Отвердение кожи (Sclerodermia)	260
Болезни кожи, характеризующиеся общей краснотой и шелушением	
Erythrodermia exfoliativa unievrnalis	266
Erythema scarlatiniformae	267
Отслаивающее воспаление кожи взрослых (Dermatitis exfoliativa universalis adultorum Wilson-Brocq)	267
Отслаивающее воспаление кожи новорожденных (Dermatitis exfoliativa neonatorum)	274
Красный отрубевидный лишай (Pityriasis rubra Hebrae)	274
Аномалии потоотделения	
Усиленное отделение пота (Hyperidrosis)	276
Уменьшенное отделение пота (Anidrosis)	279
Качественное изменение пота	280
Водяница (Dysidrosis. Cheiropompholyx)	281
Красный зернистый нос (Granulosis rubra nasi Jadassoni. Dermatitis micropapulosa erythematosa hyperidrotica nasi infantum)	283
Болезни сальных желез	
Салотечение. Черный угорь. Белый угорь. Воспалительный угорь	284
Аспе-keloid (Dermatitis papillaris. Folliculitis scleroticans)	290
Уменьшенное отделение сала (Asteatosis)	291
Красный угорь (Rosacea. Acne rosacea)	291
Шишковидный нос (Rhinophyma)	293

	стр.
Болезни волос и ногтей	
Выпадение волос (Alopecia)	295
Поседение волос (Canities)	305
Волосатость (Hypertrichosis)	307
Расщепление волос (Scissura pilorum)	310
Узловатая атрофия волос (Trichorrhexis nodosa)	310
Веретенообразная атрофия волос	310
Воспаление волосяных мешков (Sycosis)	310
Болезни ногтей и окружающих частей (Onychia. Paronychia)	312
Неправильности в образовании пигмента	
Увеличенное образование пигмента (Hyperpigmentatio cutis)	317
Врожденные пигментные пятна (Naevi pigmentosi)	317
Маточные пятна. Печеночные пятна. Маска беременности. Chloasma)	320
Веснушки (Ephelides)	321
Бронзовая болезнь (Morbus Addisonii)	322
Окраска кожи от мышьяка (Hyperpigmentatio arsenicalis)	324
Окраска кожи от серебра (Argyria)	325
Татуировка	325
Уменьшение пигмента (Achromia. Leucopathia)	326
Врожденный недостаток пигмента (Albinismus)	326
Песь (Vitiligo)	326
Атрофия кожи (Atrophia cutis)	
Старческая атрофия (Atrophia cutis senilis)	331
Атрофические полосы. Полосы беременных (Striae atrophicae. Atrophia striata. Striae gravidarum)	333
Пятнистая атрофия кожи (Atrophia cutis maculosa. Anetodermia erythematosa Jadassoni)	335
Разлитая атрофия кожи (Atrophia cutis diffusa. Atrophia cutis idiopathica progressiva)	336
Poikiloderma atrophicans reticularis	337
Лоснящаяся кожа (Glossy skin)	337
Xeroderma pigmentosum (Kaposi). Melanosis lenticularis progressiva (Pick)	337
Атрофирующий хронический дерматит конечностей (Acrodermatitis chronica atrophicans)	338
Гипертрофия кожи	
Слоновость (Elephantiasis arabum)	339
Страдания кожи, зависящие от ненормальной функции желез внутренней секреции	
Слизистый отек (Muxoedema)	345
Дистрофия подкожной жировой клетчатки (Lipoiddystrophia cutis)	346
Болезненное ожирение (Adipositas dolorosa. Болезнь Деркума)	347
Болезни кожи, вызываемые вредными химическими веществами, вводимыми в организм (Toxicodermiaе)	
Отравление спорыньей (Ergotismus. Злая корча)	348
Пеллагра (Pellagra)	349
Врожденные аномалии кожи	
Врожденные аномалии в других органах	358

	СТР.
Воспаления кожи вследствие наружных физических и химических влияний (<i>Dermatitis ex causa externa</i>)	
Травматический дерматит (<i>Dermatitis traumatica</i>)	359
Ожог (<i>Combustio. Dermatitis calorica</i>)	360
Сетчатый дерматит (<i>Dermatitis reticularis</i>)	361
Отморожение (<i>Congelatio. Dermatitis ex frigore</i>)	362
Воспаление кожи от химических веществ (<i>Dermatitis venenata seu toxica</i>)	363
Воспаление кожи от солнечных лучей	363
Воспаление кожи от лучей Рентгена. Рентгеновский дерматит (<i>Röntgen-dermatitis</i>)	364
Болезни кожи, вызываемые бактериями	
Гнойничковая сыпь (<i>Impetigo</i>)	367
<i>Ecthyma vulgaris</i>	369
Фурункул. Карбункул (<i>Furunculus. Carbunculus</i>)	369
<i>Angulus infectiosus</i> (Perièche. Bridou)	371
Воспаление потовых желез (<i>Hydradenitis</i>)	372
Рожа (<i>Erysipelas</i>)	372
Сибирская язва (<i>Pustula maligna. Anthrax</i>)	375
Сап (<i>Malleus</i>)	377
Тропическая, восточная или пендинская язва (<i>Bouton d'Alep. Bouton de Biscra. Bouton des pays chauds</i>)	379
Проказа (<i>Lepros. Elephantiasis graecorum</i>)	383
Туберкулезные страдания кожи	390
Язвенная бугорчатка кожи (<i>Tuberculosis cutis miliaris. Ulcus tuberculosum</i>)	391
Трунный бугорок (<i>Tuberculosis cutis verrucosa. Verrucosa necrogenica</i>)	393
Кожная золотуха (<i>Scrophuloderma</i>)	394
Волчанка (<i>Lupus vulgaris</i>)	395
Эритематозная волчанка (<i>Lupus erythematosus</i>)	401
Узелковый лишай золотушных (<i>Lichen scrophulosorum</i>)	406
Папуло-некротический туберкулид (<i>Tuberculide papulo-nécrotique</i>)	407
<i>Acnitis</i>	408
Уплотненная эритема Базена (<i>Erythème induré de Bazin</i>)	408
Отверждение носа (<i>Rhinoscleroma s. scleroma respiratorium</i>)	409
Болезни кожи, вызываемые растительными и животными паразитами.	
Растительные паразиты	413
Парша (<i>Favus</i>)	413
Стригущий лишай (<i>Herpes tonsurans</i>)	419
Разноцветный лишай (<i>Pityriasis versicolor</i>)	422
Эритразма. Окаймленная экзема (<i>Erythrasma. Eczema marginatum</i>)	424
Актиномикоз (<i>Actinomycosis</i>)	425
Дрожжевые грибки (<i>Blastomycosis</i>)	426
Споротрихоз (<i>Sporotrichosis</i>)	426
Ложная водяница (<i>Pseudodysidrosis mycotica</i>)	429
Животные паразиты	430
Чесотка (<i>Scabies</i>)	430
Вшивость (<i>Pediculosis. Phthyriasis</i>)	434

	СТР.
Пузырная глиста, струнец, овод бычий, собачий клещ, блохи, клопы, комары, мухи, москиты	438
Опухоли	
Опухоли соединительнотканного типа	440
Фиброма (Fibroma)	440
Келоид (Keloid)	441
Жировая опухоль. Жировик (Lipoma)	442
Желтая опухоль (Xanthoma, Xanthelasma)	442
Опухоль из слизистой ткани (Мухома)	444
Костная опухоль (Osteoma). Известковые отложения	444
Саркома кожи (Sarcoma cutis)	445
Меланотическая саркома (Melanosarcoma)	446
Множественная пигментная идиопатическая саркома кожи Капоза (Sarcoma multiplex idiomaticum pigmentosum cutis Karosi)	446
Доброкачественные саркоидные новообразования типа Бэка (Multiplex benignes sarcoid, Benignes miliar lupoid)	450
Кольцевидная гранулема (Granuloma annulare)	451
Mycosis fungoides (Alibert'a)	451
Гладкомышечные опухоли (Myoma cutis, Leiomyoma cutis)	453
Сосудистые опухоли (Angioma)	453
Простая ангиома (Angioma s. haemangioma simplex. Teleangiectasia)	453
Пещеристые сосудистые опухоли (Angioma s. haemangioma cavernosum)	455
Ветвистая сосудистая опухоль (Angioma racemosum plexiforme. Aneurysma cirroides)	456
Сосудисто-роговая опухоль (Angiokeratoma Mibelli)	456
Опухоли из лимфатических сосудов (Lymphangioma)	457
Белокровие. Ложное белокровие (Leukaemia cutis. Pseudoleukaemia cutis)	458
Опухоли эпителиального типа	461
Сосочковые опухоли (Papilloma)	461
Заразительный моллюск (Molluscum contagiosum)	463
Аденома потовых желез [(Hydradenoma. Adenoma sudoriferum. Adenoma sudoriparum. Syringo-cysto-adenoma. Epitheliomes adenoides des glandes sudoripares)]	466
Опухоли сальных желез (Adenoma sebaceum)	467
Рак кожи (Epithelioma cutis. Cancer cutis)	469
Болезни слизистых оболочек	
Пузырьковый лишай полости рта (Herpes oris)	476
Афты (Aphthae)	476
Отслаивающее воспаление языка (Dermatitis exfoliativa linguae. Lingua geographica)	478
Бородчатый язык (Lingua scrotalis)	478
Белые пятна (Leucoplakia)	479
Краткая дерматологическая рецептура	
Внутренние средства	482
Наружные средства	485
Алфавитный указатель	489

БОЛЕЗНИ КОЖИ

КРАТКИЙ ОЧЕРК ИСТОРИИ ДЕРМАТОЛОГИИ.

В самую отдаленную эпоху жизни человечества, нужно думать, всякий человек был врачом для самого себя. Всякий сам оберегал себя от внешних врагов и стихийных влияний, а в случае болезни сам же приискивал себе то или другое лечебное средство из окружающего растительного и животного мира.

Этим постепенно накопившимся личным опытом, вероятно, пользовались многие больные, располагаясь по большим дорогам и у городских ворот с целью получить медицинский совет от проходящего путника, перенесшего ту же самую или подобную болезнь.

Мало-по-малу медициной начали заниматься известные группы лиц и прежде всего жрецы и священники.

Из этого периода, относительно нашей специальности, сохранились некоторые письменные указания.

Так, в Китае в 2637 г. до нашей эры император Гоанг-Ти привел в систему китайскую медицину. Между другими болезнями имеется описание гонорреи, шанкра, сифилиса, парши, проказы, рыбьей чешуи и чесотки.

В так называемых египетских папирусах — Лейпцигском Эберса от 1700 года до нашей эры и Берлинском Бругша от 1350 г. до нашей эры — содержатся списки лекарств от разных болезней, в том числе от зуда и чесотки. Сок растения *Corchorus* (*Anagallis*) употреблялся при различных кожных болезнях. Форму приложения лекарственных веществ составляли мази, пластыри и примочки.

В книгах Моисея, жившего за 1500 лет до нашей эры (книга III Левит, гл. 13), мы находим описание парши, потери пигмента (*vitiligo*), выпадения волос (*alopescia*) и проказы (*lepra*). Последняя составляет главный предмет медицинских наставлений, преподаваемых Моисеем священникам. Однако, есть основание думать, что здесь собраны под названием проказы различные болезни кожи.

В древней Греции, кроме жрецов, занимались медициной и философы.

Но само собой понятно, что соединение медицины как с религиозным культом, так и с философией, не могло давать простора для усо-

вершенствования медицинских знаний, для которого на первом плане требуется выработка точных способов исследования. Поэтому Гиппократ (460—370 лет до нашей эры),¹ отделивший медицину как от религиозного культа, так и от философии и указавший для нее правильный путь клинических наблюдений, по справедливости считается отцом медицины. Он является достойным представителем блестящего периода греческой истории—века Перикла, Фидия, Сократа, Платона и Аристотеля, Геродота, Фукидида, Софокла и Аристофана. Приводимые им истории болезней обнаруживают в нем большую способность к глубокому и всестороннему клиническому наблюдению. Разнообразные области медицинского знания многим обязаны Гиппократу, в том числе и дерматология. Он представил довольно точное описание некоторых болезней кожи и многим дал названия, которыми мы пользуемся доселе. Так, опухоли кожи, невоспалительные и воспалительные, он назвал *φύματα*, *ἀντραί*; сухие сыпи с шелушением—*λευχῆν*, *λέπρα*, *πιτυρίασις*, *φόρα*; сыпи с пузырьками и пузырями—*φλυκταῖνα*, *πόμφοι*; сыпи с склонностью к периферическому росту—*ἔρπη*; неправильности в выработке красящего вещества—*λευκῆ*, *ἐφέλιδες*; выпадение волос—*ἀλωπέκια*. Им описаны: *φαγεδαῖνα*, *ἐρυθρήματα*, *πετέχια*, *ἑξανθήματα*,² *ἰδρώα* (пузыри от пота), парша (*ἄσθρ*, *κνίριον*), песь (*ἀσφός*), веснушки (*Σφηξίς*, чесотка (*ψωρά*).

В отношении этиологии Гиппократ разделял болезни кожи на зависящие от внешних и внутренних причин. Последняя группа болезней, по его мнению, обуславливается порчей соков, именно принявших в то время четырех основных жидкостей тела: черной желчи, желтой желчи, крови и слизи. Этой теории порчи соков (гуморальная теория) суждено было играть большую роль в дерматологии и вообще в медицине до половины XIX столетия, конечно, в формах, изменявшихся сообразно успехам медицинских знаний. В половине XIX столетия теория порчи соков подверглась жестокой и во многих случаях справедливой критике со стороны врачей, уже получивших хорошее патолого-анатомическое образование. Однако, исследования последнего времени показали, что в применении к известному роду болезней основная мысль этой теории соответствует действительности.

С развитием могущественной Римской империи наука вообще и в частности медицина переходит от греков к римлянам. Здесь в I веке до нашей эры, в золотой век Августа и Тиберия, выдвигается крупная личность врача Цельса (род. в 35 г. до нашей эры, умер в 50 г. нашей эры). Цельс был современником Сенеки, Виргилия, Горация, Овидия. Он был знаком с анатомией, гигиеной, диете-

¹ Годы приблизительные, так как совершенно точных указаний нет.

² *ἑξανθήειν* — цвести (цветы кожи).

тикой и оставил описание многих болезней. Указанное им для некоторых болезней лечение осталось, по существу, неизменным и доселе. Так, например, чахотку он лечил усиленным питанием и горным воздухом, ревматизм — теплом. Для вызывания пота Цельс применял, кроме горячих водных ванн, сухой жар—горячие припарки из проса, соли, песка; также пользовался солнцем и физическими упражнениями, делал вылушение зоба и извлечение камней из мочевого пузыря.

В области кожных болезней им описаны: *furunculus*, *carbunculus*, флегмона (под названием *phyma*), нарывы лимфатических желез (*phrygethlon*), острые кондиломы (*thymon*), мозоль (*myrmekia*). Многие болезни, различные по своей природе, он соединял в одну группу и описывал под одним и тем же названием. Особенно большую группу представляет его *pustulae*, куда он относит пузырьчатые и мокнущие страдания, каковы: *miliaria*, *eczema*, везикуло-язвенный дерматит после ожога, действия холода и едких химических веществ. В то же время экзему он описывает и под названием *scabies* и *sycosis*. Однако, едва ли можно поставить ему в упрек указанные ошибки в группировке болезней, если принять во внимание, что *eczema* резко отделена от других сходных болезней лишь в половине XIX столетия и что до настоящего времени в отношении ее возникают различные недоразумения; так, например, доселе является вопрос: можно ли недавно описанную Унн о й *eczema seborrhoicum* относить в группу настоящей экземы? Скорее нужно отдать должное наблюдательности Цельса, который точно описал многие кожные болезни и в том числе круговое выпадение волос, доселе известное под именем *areola* Celsi, и предложил для лечения экземы и сходных с ней страданий свинцовые и серные мази, которыми, в измененном составе, мы пользуемся и в настоящее время. |

В то же время Плиний описал опоясывающий лишай (*zona*, *herpes zoster*).

Гален (131—201 нашей эры) первый обратил должное внимание на связь кожных страданий с артритическими заболеваниями. Впоследствии, как увидим ниже, эта мысль получила широкое развитие во французской дерматологической школе XIX столетия. Галену принадлежит неудачное искусственное деление кожных болезней на болезни кожи головы и остальной части тела.

Время великого переселения народов совершенно затормозило развитие науки вообще и в частности медицины, которые возрождаются у арабов (IX, X, XI и XII века). Арабские ученые перевели на арабский язык сочинения греческих и латинских писателей, в том числе и медицинские, и сами внесли в науку новые наблюдения. Так, ими описана довольно точно проказа (*lepra*), слоновость (*elephantiasis*), парша (*favus*), чесотка (*scabies*). А бен з о а р (1162) даже говорит о чесоточном клеще.

В XIII и XIV веках врачи особенно были заняты изучением и описанием проказы, которая в то время очень распространилась на материке Европы.

Эпидемия проказы уменьшается в XV веке, но в конце XV века развивается сильная эпидемия сифилиса, который привлекает внимание врачей. Впрочем, в то же время врачи интересуются и болезнями кожи. В XVI и XVII веках появляются как монографии по отдельным болезням Монтаньяна (Montagnana) — о герпетических, гангренозных и карциноматозных страданиях кожи, Септалиуса (Septalius) — о родимых пятнах, происхождение которых он ставит в зависимость от астрологических влияний и др.), так и систематические описания болезней кожи. Первый учебник дерматологии (De morbis cutaneis) составил Иероним Меркуриалис (Hieronimus Mercurialis, 1572 г.). За ним следуют в немецкой литературе Гафтенрефер (Haftenrefer), во французской Риолан (Riolan, 1610), в английской — Уиллис (1682). У Риолан'а мы встречаем уже зачатки морфологической классификации. Он делит болезни кожи на три класса: *pustulae*, *difformitates*, *tuberculae*.

Широкую струю света внесли исследования конца XVII и начала XVIII века Мальпиги, Морганьи, Бергаве (Malpighi, Morgagni, Boerhave) и друг., относящиеся к более тонкому анатомическому строению кожи. В честь первого из указанных исследователей образовательный слой покровного эпителия доселе носит название Мальпигиева слоя. Аструк (Astruc) в 1761 году уже точно отличает надкожицу, собственно кожу, потовые и сальные железы, волосные сумки и даже нервные сосочки. Но что особенно важно, — он уже стремится (хотя и не всегда удачно) определить анатомическое положение процесса. Так, аспе и фурункулы он относит к заболеваниям сальных желез, карбункул — к заболеванию потовых желез (!?), пятна к изменению Мальпигиева слоя; крапивницу считает за местный застойный отек.

Благодаря значительному прогрессу знания, учебники конца XVIII века Пленк (Plenk) и Лорри (Loggy) уже высоко стоят по сравнению с вышеуказанными предшественниками их.

Пленк (1776) точно отличает морфологические элементы сыпи: пятно, папулу, пузырек, пузырь, гнойничок, корку и, руководствуясь, главным образом, морфологическими данными, строит свою классификацию болезней кожи.¹

¹ Пленк делит болезни кожи на следующие классы: 1. *maculae*; 2. *papulae*; 3. *vesiculae*; 4. *bullae*; 5. *pustulae*; 6. *crustae*; 7. *squamae*; 8. *callositates*; 9. *excruscentiae*; 10. *ulcera cutanea*; 11. *vulnera cutanea*; 12. *insecta cutanea*; 13. *morbi unguium*; 14. *morbi pilorum*.

Наиболее обстоятельный для того времени учебник дерматологии принадлежит французскому врачу Лорри (1777), который обращает большое внимание на физиологию, патологию, изучает этиологию, семиотику, прогностику и терапию. Лорри первый обратил серьезное внимание на кожу не только как на наружный покров, но и как на физиологический орган, стоящий в тесной связи с другими органами и особенно с нервной системой и кишечником.

Им не забыто также в патогенезе кожных болезней влияние душевных движений, половой деятельности, воздуха и климата. Он первый описал токсидермии—болезни кожи, зависящие от пищи; первый из французских авторов дал ясные указания на ревматизм как на причину кожных болезней. Выше мы видели, что в древней литературе эта мысль была уже высказана Галеном; ниже мы увидим более широкое развитие ее.

В отношении этиологии Лорри держался гуморальной теории (высказанной еще Гиппократом) и видел в работе кожных желез стремление организма выделить испорченные соки. Он разделяет болезни на идиопатические — местные и на болезни от внутренних причин.

Однако, несмотря на большое число авторов, работавших в течение многих столетий в области дерматологии, последняя не могла сложиться в науку, оставаясь лишь сборником отдельных фактов или теорий, не связанных между собою каким-либо объединяющим диагностическим принципом, и, если понятных, то весьма часто только для самих авторов. Можно сказать, что каждый автор говорил своим языком, имел свою номенклатуру, описывал сыпь по-своему. И только в самом конце XVIII столетия (1798 г.) английскому врачу Виллану (Willan) и его ученику Бейтмену (Bateman) удалось широко распространить основные принципы диагностики, уже указанные Пленком, и таким образом ввести в описание болезней более точный дерматологический язык, причем все необычайное на первый взгляд разнообразие кожных изменений свелось к немногим начальным изменениям кожи, каковы: 1) macula, 2) exanthema, 3) papula, 4) vesicula, 5) bulla, 6) pustula, 7) squama, 8) tuberculum, 9) excreascentia. Сообразно с этим все болезни размещены Виллан - Бейтменом в 9 классов.

Такая морфологическая классификация болезней кожи являлась легкой, удобопонятной и нашла широкое распространение. Однако, как увидим ниже, она не удовлетворила последующих дерматологов, из которых многие стали искать других оснований для классификации. Главный недостаток морфологической классификации состоит в том, что в одну группу соединяются болезни самые разнообразные и резко отличающиеся друг от друга и по этиологии, и по течению, и по

исходу. Так, напр., в группу squamae относятся: psoriasis, pityriasis rosé, ichthyosis.

Тем не менее, точно установленные Вилланом и Бейтменом морфологические элементы сыпи дали возможность врачам понимать друг друга. Была найдена своего рода азбука для чтения писем, рисуемых природой на коже, что в значительной степени содействовало дальнейшему прогрессу дерматологии. Виллан первый описал страдание, известное под именем molluscum contagiosum.

В то время как в Англии работали Виллан и Бейтмен, во Франции, в госпитале св. Людовика, назначенном для больных «с язвами» самого различного происхождения, в котором до того времени не обнаруживалось никакого стремления врачей к сколько-нибудь серьезному изучению болезней кожи, и самые разнообразные болезни шли под общим названием язв,—выдвигается крупная личность Алибера (Alibert, 1766—1837), бывшего ранее профессором ботаники и сделавшего впоследствии придворным врачом короля Людовика XVIII. Талант Алибера собрал около него большое число слушателей и учеников. Его лекции с демонстрацией больных в хорошую погоду читались под открытым небом, под липами, подобно лекциям греческого философа Платона. Алибер построил классификацию болезней кожи на основании свойств и причин их, подобную ботанической, в форме дерматологического дерева (arbre des dermatoses), в котором ствол изображает кожу, первые ветки — семейства, вторые веточки — виды, а листья — разновидности болезней. Эта классификация, как основанная большею частью на умозрительных началах в отношении причин болезней, недостаточно выясненных даже и в настоящее время, не получила распространения, но, тем не менее, многие отдельные группы ее вошли в классификацию последующих авторов и удержались до нашего времени. Таковы: экзантемы (сыпи при общих инфекционных заболеваниях: корь, скарлатина и проч.), геморрагические сыпи, неправильности в выработке пигмента. Составленные им подробные учебник и атлас болезней кожи свидетельствуют о его высоком таланте и чрезвычайном трудолюбии. Алибер впервые описал страдания кожи: keloid, mykosis fungoides, dermatolysis.

При изучении болезней кожи, Алибер особенное внимание обращал на связь кожных страданий с заболеванием внутренних органов. В отношении морфологии он до конца своей деятельности остался чуждым новому направлению, созданному Вилланом. В области терапии Алибер широко пользовался серой, которую давал внутрь, применял в ваннах и даже в форме окуривания. Точно также он часто применял наружное раздражающее лечение, употребляя для этого ляпис, мышьяк, раздражающие ванны, считая, что в известных случаях «нужно вызывать местную лихорадку». Заметим здесь же, что подоб-

ным раздражающим методом лечения мы широко пользуемся и в настоящее время.

Алибер положил начало разработке дерматологии в госпитале св. Людовика; за ним следует большое число врачей этого госпиталя, создавших французскую дерматологическую школу.

Биэтт (Biétt, 1781 — 1840), ученик Алибера, проникся учением Виллана и с 1820 г. читал курс дерматологии параллельно своему учителю, но совершенно в другом направлении. Более понятная морфологическая классификация Виллана, проводимая Биэттом, привлекла к нему внимание врачей, в то время как обаяние Алибера постепенно падало. Биэтту мы обязаны введением внутренних приемов мышьяка в лечение кожных болезней. *Mixtura Biétti* (*Hydrargyrum bijodatum* 0,06, *kali jodatum* 8,0 на 240,0 воды) представляет и в наше время распространенную формулу при лечении сифилиса.

Люголь (Lugol), современник Алибера и Биэтта, особенно интересовался золотухой, при которой предложил употребление иодистого калия. Точно также он ввел в терапию укрепляющий метод лечения: усиленным питанием, солнцем, вином и хинином, вместо распространенных в то время (особенно при воспалении легких и тифе) кровопусканий и скудной диеты.

Казенав (Cazenave, 1795 — 1877) был учеником Биэтта и вместе с другим его учеником Шеделем (Schedel) издал его лекции (1829). Казенав изучал кожные страдания вместе с изменениями во внутренних органах, подобно Алиберу, но влияние последних на кожу считал случайным. Он придавал большое значение темпераментам, при различии которых одна и та же причина вызывает различные болезни: у лиц с нервным темпераментом — папулезные сыпи, каковы *lichen*, *prurigo*; у лиц с лимфатическим темпераментом — пустулезные сыпи, как напр., *impetigo*, у сангвиников — пузырьковые сыпи, какова, напр., *eczema*.

Тщательно изучив морфологический метод Виллана, он мог выделить в особую форму одно страдание кожи, *remphigus foliaceus*, которое доселе носит его название. Точно также он первый описал *lupus erythematosus*.

Ученик Казенава Шози (Chausit) издал в 1853 году его лекции, в которых болезни кожи разделены на 8 классов, причем в основу деления приняты физиологические, анатомические и патолого-анатомические данные: 1. Воспаление кожи. 2. Аномалии секреции. 3. Гипертрофии. 4. Дегенерации. 5. Геморрагии. 6. Расстройства чувствительности. 7. Паразиты. 8. Болезни придатков кожи. Естественно предположить, что на эту классификацию оказала влияние классификация другого французского дерматолога, Рэ́йе (Rayer) (см. ниже).

Жибер (Gibert, 1796—1866), другой ученик Виэтта, признавая принципы морфологической классификации своего учителя, в то же время отдавал должную дань таланту и учению Алибера. В противоположность Казенаву, не признававшему болезнетворного влияния растительных паразитов на кожу, он видел большой успех науки в работах Грюби (Grüby), и Робэна (Robin), описавших растительные паразиты как причину некоторых болезней кожи. Описанное им страдание, *pityriasis rosea* (которое, впрочем, многими авторами относится в группу эритем), доселе носит его имя, так же, как и предложенный для лечения сифилиса сироп с иодом и двуиодистой ртутью. В области сифилидологии интересны его эксперименты на людях, доказывавшие заразительность вторичных проявлений сифилиса, в противоположность мнению его знаменитого современника, сифилидолога Рикора (Ricord).

Девержи (Devergie, с 1841), считавший себя свободным от всякой доктрины, тем не менее держался классификации Виллана. Однако, самостоятельность его мысли до некоторой степени сказалась в том, что он считал возможным одновременное соединение различных морфологических элементов и образование сложных форм кожных поражений. Поэтому он описал: *eczema psoriosiforme*, *eczema lichenoides*, *eczema impetiginosum*. Точно также ему принадлежит описание тяжелого общего поражения кожи — *pityriasis rubra pilaris* Devergie.

Рэйе (1793—1867), также ученик Виэтта, хотя занимавшийся в другом госпитале (св. Антония), написал учебник кожных болезней (1826—1827 и 1835), отличающийся ясным и точным для того времени описанием отдельных форм, иллюстрируемых атласом. Рэйе один из первых авторов сделал точное описание различных стадий экземы, нередко принимавшихся, вследствие различной картины сыпи, за разные болезни. Большое значение он придавал изучению связи кожных страданий с заболеваниями крови нервной системы и других внутренних органов.

Его классификация основана не на морфологических, а на анатомо-патологических и физиологических данных (воспаления; болезненные изменения секреции; приливы и геморрагии; анемии; неврозы и т. д.), что составляло большой прогресс для того времени. Мы видели уже, что Казенав пошел по тому же пути. Нужно думать, что взгляды Рэйе имели влияние и на известного английского дерматолога Эразма Вильсона (Erasmus Wilson, описавшего *lichen ruber planus*, основавшего дерматологический журнал и составившего атлас болезней кожи), который в свою классификацию ввел еще больше анатомических подробностей, выделив в особые группы болезни сальных и потовых желез, болезни сосудов кожи и проч.

Базэн (Bazin, 1807—1878) принадлежит к числу самых авторитетных дерматологов французской дерматологической школы. Он до известной степени возвратился ко взглядам Алибера, придавая главное значение изучению причин и течению болезни, а не изучению морфологических элементов сыпи. Все болезни, зависящие от внутренних причин, он сгруппировал около четырех основных конституциональных болезней: сифилиса, золотухи, артрита и герпетида. Каждая из них имеет 4 периода, из которых первый — самый легкий, а последний — самый тяжелый и часто смертельный.

Так, при сифилисе, в первом периоде — первичный склероз, во втором — кондилломатозные сыпи, в третьем — гуммы, в четвертом — поражения внутренних органов.

При золотухе: 1-й период — опухоли лимфатических желез, легкие формы экземы, воспаления слизистых оболочек (глаз, бронхов, входа во влагалище). 2-й период — *ecthyma*, *lupus*, *impetigo rodens*. 3-й период — *tumor albus*, *caries*. 4-й период — туберкулез внутренних органов.

При артрите: 1-й период — бронхит, легкие и скоро проходящие сыпи; 2-й период — острый ревматизм суставов и более упорные сыпи: *psoriasis*, *eczema chronicum*; 3-й период — продолжается страдание суставов; 4-й период — поражения внутренних органов: сердца (*endocarditis*) и мозга (*delirium*, *dementia*, *apoplexia*).

При герпетида: 1-й период — распространенные сыпи: *eczema universale*, *urticaria*, *zona*, *pemphigus*. Кожа на малейшее раздражение отвечает сыпью; 2-й период: сыпи более упорные: хроническая экзема подколенных впадин и локтевых сгибов, *psoriasis*, *pityriasis*, *lichen*, различные невралгии; 3-й период: метастазы во внутренних органах: капиллярный бронхит, астма, водянка, 4-й период: общее поражение кожи (*herpetide exfoliative* и др.) и тяжелое поражение внутренних органов, включая кровоизлияние и размягчение мозга.

Как видно из приведенного, Базэн обращал большое внимание на связь болезней кожи и внутренних органов. При кожном страдании он стремился изучить весь организм больного в его прошлом и настоящем и таким образом старался выяснить полную картину всех расстройств в организме, среди которых расстройства кожи являются лишь частью целого. Этот широкий взгляд Базэна, а равно и предшествующих ему французских дерматологов, в общем, оказал большую услугу нашей науке.

К учению Базэна примыкал Гарди (Hardy, 1811—1893), который также не принял морфологического учения Виллан-Биэтта и говорил, что мало значения имеет то обстоятельство, что болезнь выражается пузырьками или папулами, но важно знать, является ли она случайной или конституциональной. Он признавал этиологическое

значение за диатезом — конституциональной ненормальностью организма. Болезненное предрасположение к кожным заболеваниям он называл дартрозной диатезой (*diathèse dartreuse*), которая объединяла герпетизм и артритизм Базена.

В Вене, втором центре умственной жизни первой половины XIX века, среди врачей интерес к изучению болезней кожи был довольно ограниченный, хотя немецкие врачи того времени занимались уже микроскопическим изучением болезней кожи, и Шёнлейн (*Schönlein*, 1837) описал растительный грибок *favus*'a, *achorion Schönlein*, а Эйхштедт (*Eichstedt*, 1846) описал другой грибок, *microsporon furfur* при *pityriasis versicolor*. Немецкие врачи также в большинстве держались теории порчи соков (дискразий). Так, Шёнлейн и Фукс (*Fuks*) говорят о ревматической, катаральной и рожистой дискразии. Названные авторы в болезнях кожи, сообразно с ботаническими явлениями, отличали периоды прорастания, развития, цветения, зрелости, плодоношения и увядания сыпи.

Между тем, в Вене существовало большое отделение кожных болезней, относившееся к отделению грудных болезней. Так как среди кожных больных преобладающее число выпадало на долю чесоточных и так как никто из врачей не интересовался дерматологией, то и самое отделение носило название «чесоточного» и все лечившиеся в нем больные шли под общим названием «чесоточных», а уход — да и самое лечение возлагались на обязанности среднего и низшего медицинского персонала.

Когда в 1841 году известный уже в то время терапевт Шкода (*Skoda*) получил в заведывание отделение грудных болезней с принадлежавшим к нему «чесоточным» отделением, то он предложил молодому врачу Фердинанду Гебра (*Ferdinand Hebra*, заняться кожными болезнями. И Фердинанд Гебра (1816—1880), получивший это отделение в свое заведывание, вскоре сделал из него дерматологическую клинику, приобретшую всемирную известность, а сам он сделался основателем венской дерматологической школы.

Ф. Гебра отдавал должную дань морфологическому учению Виллана, но лишь в области симптоматологии и диагностики, но не классификации болезней. Он сам много занимался морфологией сыпей и точно описал взаимные отношения морфологических элементов и переход одних в другие (переход пятна — в папулу, папулы — в пузырек, пузырька — в пустулу и пр.).

Что же касается классификации болезней кожи, то он, под влиянием своего учителя, выдающегося патолого-анатома Рокитанского, широко популяризировал патолого-анатомическую классификацию, разделив болезни кожи на 12 групп: 1. Гиперемии. 2. Анемии. 3. Аномалии деятельности желез. 4. Экссудативные процессы. 5. Геморрагии.

6. Гипертрофии. 7. Атрофии. 8. Новообразования доброкачественные. 9. Новообразования злокачественные. 10. Язвы кожи. 11. Неврозы кожи. 12. Паразитарные болезни.

После чисто морфологической классификации Виллана и деления на конституциональные болезни Базэна классификация Гебры являлась и более научной и более полезной.

В области симптоматологии, диагностики и течения болезней Гебра, благодаря своей тонкой наблюдательности и огромному практическому опыту, оставил после себя крупный и яркий след, и его учебник доселе служит настольной книгой дерматолога. Ему мы обязаны также описанием многих более редких форм кожных болезней, каковы: *lichen ruber*, *lichen scrophulosorum*, *impetigo herpetiformis*, *rhinoscleroma*, *pityriasis rubra*.

В области этиологии он выступил беспощадным критиком французской дерматологической школы, развивавшей гуморальную теорию и считавшей большинство кожных болезней за выражение общих расстройств организма, порчи соков организма, или особой дискразии, диатеза, конституциональной болезни. Нужно сказать, что теория порчи соков широко проникла и в немецкую литературу. Так, напр., Шёнлейн, открывший паразита *favus*'а, и особенно ученики его, развивали учение о дискразиях и в известных случаях считали вредным лечить кожное страдание, чтобы преждевременным «отцветанием» внутренней болезни (сыпь уподоблялась цветению) не повредить организму.

Гебра в самом начале своей дерматологической работы до известной степени держался подобных же взглядов, но вскоре, после своих наблюдений над чесоткой (1844), он перешел к совершенно другому взгляду.

Предмет наблюдения (чесотка) с особенной выпуклостью обнаруживал несостоятельность господствовавшей теории, настолько усыпавшей умы, что ради нее забывались выдающиеся приобретения науки. В самом деле, еще в XII веке арабский ученый Абензоар (*Ahenzoar*) нашел чесоточного клеща; зависимость от последнего чесотки была установлена многими исследователями XVI, XVII, XVIII и XIX веков. В 1786 году Вихманом (*Wichmann*) была даже сделана удачная прививка болезни. И тем не менее все же врачи не переставали говорить о «чесоточной дискразии»... И только после обстоятельной работы Гебры чесотка была причислена к числу болезней, вызываемых внешними причинами.

Другой работой Гебры, приводившей его к признанию выдающегося значения внешних причин в происхождении кожных болезней, была работа об экземе, которую он искусственно вызывал кротонным маслом и другими раздражающими веществами, что, по его мнению, совершенно уничтожало мысль об экзематозной дискразии.

На почве этиологии между французской и венской школами возгорелся спор, послуживший к выяснению многих темных вопросов.

Сообразно с указанным взглядом. Гебра по преимуществу разработал наружную терапию. Многими установленными им методами мы пользуемся и доселе. Таковы, напр., лечение pityriasis versicolor втираниями зеленого мыла, лечение известных стадий хронической экземы мыльными размываниями, распространенных дерматитов (pemphigus, ожога) продолжительными и постоянными ваннами и др.

Впрочем, отдавая преимущество наружной терапии, он, как глубокий наблюдатель, в известных случаях пользовался и внутренней терапией. Так он широко популяризировал лечение исориазиса и особенно описанного им же страдания lichen ruber большими дозами мышьяка.

Наконец, составленный Ф. Геброй атлас кожных болезней и в настоящее время служит наилучшим пособием при преподавании дерматологии.

За период времени от Фердинанда Гебры (от 1880 г.) до наших дней мы лишь кратко отметим выдающиеся факты из истории дерматологии.

В области анатомии кожи за последнее 40-летие сделаны существенные успехи. Подробно изучено строение и свойство соединительной ткани: ее клеток и волокон (Langer, Unna, Ehrlich и др.); строение эластической ткани (Zenthoefner, Secchi, Meissner и др.); распределение сосудов кожи (Томса, Spalteholz и др.); подробно изучены нервные окончания в коже (Merkel, Meissner, Raccini, Ruffini, Догель, Смирнов, Тимофеев, Леонтович и др.), строение эпителиального покрова и, в частности, слоев ороговения (Ranvier, Waldayer, Unna, Buzzi и др.); а также образование пигмента в коже (Ehrmann, Karg, Aebv и др.)

В области физиологии кожи сделано много интересных наблюдений. Таковы: о лакировании кожи (Анфимов, Текутьев, Жандр, Мертенс и др.); об особых нервных окончаниях для каждого вида чувства — давления, боли, тепла и холода (Schlesinger, Blix, Goldscheider, Frey); о волосяной чувствительности (Осипов, Нойшевский); о сегментарной иннервации кожи (разграничение областей кожи, иннервируемых из отдельных сегментов спинного мозга) (Head, Blaschko и др.).

В области клинической резко обрисовалось стремление ко всестороннему исследованию кожных больных при помощи разнообразных методов клинического исследования. Больной, покрытый сыпью, не представляет уже картинки, интересной лишь в отношении морфологии и распространения сыпи, а представляет предмет всестороннего изучения не только кожи, но и состояния всех внутренних органов и обмена веществ. Современная дерматологическая клиника должна иметь

все средства для исследования нервной системы, крови, выделений, дыхания, пищеварения и проч., и проч. Это клиническое направление в дерматологии дало ценные результаты, уяснив связь многих кожных болезней с страданием внутренних органов и нарушением обмена веществ, связь, на которую, как мы видели, еще ранее указывала французская дерматологическая школа, облекая ее в туманное учение о дискразиях, кразах, конституциональных болезнях. Нельзя не отметить, что в развитии описываемого клинического направления дерматологии видную роль сыграли русские дерматологи. Как на типическое выражение этого направления можно указать на сборник «Дерматологические исследования» из клиники проф. А. Г. Полотебнова (СПб. 1886—1887).

Раз прочно установилась мысль о необходимости всестороннего исследования кожных больных, то естественно, что явилось стремление идти дальше собственно клинического исследования и перейти к области эксперимента и патологической анатомии и гистологии.

Эксперименты на животных являются хорошим дополнением клинических наблюдений. Правда, нельзя еще говорить о сколько-нибудь широком применении их. Но все же они успели дать некоторые ценные указания. Так, клинические наблюдения говорили о зависимости кругового выпадения волос (*alopecia areata, seu area Celsi*) от первичного заболевания нервной системы. Но только опыты на животных Макса Иозефа (Max Joseph), Москалева и Тер-Грегорьянца (1901), удалявших межпозвоночные узлы, причем получалось выпадение волос в соответствующих областях, утвердили этот взгляд.

Гораздо большее применение нашли патолого-анатомические исследования.

Благодаря частому прижизненному вырезыванию кусочков пораженной кожи для гистологического исследования ее, мы имеем в настоящее время довольно точную картину гистологических изменений при многих кожных болезнях и нередко прибегаем к этому исследованию с целью распознавания болезни. Трудно перечислить многие сотни работников в этой области. Мы ограничимся лишь указанием на то, что относящихся сюда фактов так много, что Унна (Unna), особенно много работавший в этом направлении, издал объемистый труд, посвященный специально патологической гистологии кожи. За ним последовали другие немецкие авторы (Gans, 1925) и у нас проф. Лебедев. Более ограниченные по количеству, но более широкие по горизонту выводы дают вскрытия умерших кожных больных, так как здесь разворачивается полная картина изменений во всех частях организма, что так важно для установления связи кожного страдания с расстройством внутренних органов.

Отметим, что в этих случаях современная дерматология стремится к самому подробному исследованию органов макро-и микроскопическому,

включая исследование спинного мозга с его узлами, симпатических узлов, периферических нервов, равно и органов внутренней секреции. Это постепенно укреплявшееся патолого-анатомическое направление дало уже ценные результаты. Так, установлена зависимость *herpes zoster* (Вагеренспрунг, Нead и Сaмпбелле и др.) от заболевания нервной системы; Аддисоновой болезни — от заболевания надпочечников и др.

Быстрое и широкое развитие бактериологии резко сказалось и в дерматологии уяснением причин многих кожных болезней. Так, мы знаем теперь, что фурункул вызывается стафилококками, рожа — стрептококками, проказа — палочками Гансена, риносклерома — бациллами Фрича и проч.

Из всего сказанного совершенно ясно, как далеко подвинулась разработка вопроса об этиологии кожных болезней. Не останавливаясь на подробном изложении массы относящихся сюда фактов, мы укажем лишь на то, что теория древней медицины о порче соков организма, как о причине кожных болезней, нашла подтверждение в новейшей дерматологии. В самом деле, когда мы говорим о недостатке в крови адреналина вследствие заболевания надпочечников и развивающейся вследствие этого пигментации кожи, — об увеличении в крови и лимфе недоокисленных продуктов, что обуславливает кожные заболевания (экзему, эритему), когда мы говорим о сыпях, вызываемых лекарственными веществами (хинин, бром и пр.), то не есть ли это порча соков тела и не стремимся ли мы при лечении названных страданий исправить состав крови и лимфы?

Наконец, широкий прогресс за последнее 30-летие заметен и в области терапии болезней кожи.

Сначала он обнаружился благодаря усовершенствованию химии в производстве и введению в дерматологическую практику новых химических соединений. Таковы: *chrysarobinum* (при псориазе) и его заменяющие *acidum chrysophanicum* и *eurobinum*; *acidum pyrogallicum* и его заменяющие *eugallol*, *lenigallol*; к давно употреблявшемуся древесному дегтю прибавился каменно-угольный деготь (*oleum lithantracis*). Как тот, так и другой подверглись очистке от сажи и частичек угля и получились прозрачные препараты дегтя: *empyreolum album* (Поспелов) и *antrasol*.

Введены в практику новые препараты серы — *thiolum*, *thigenolum*, не разлагающиеся и не раздражающие кожу жиры и смеси жиров, каковы *lanolinum*, *resorbinum* и проч.

Количество поступивших на рынок фармацевтических средств в последнее 25-летие было так велико, а реклама их так широка, что невольно приходилось осуждать такое направление, как очень поверхностное, приковывающее внимание врачей к рекламированным сред-

ствам, в огромном числе оказывавшимся несостоятельными, и отвлекающее от серьезной работы в области терапии. Но тем не менее из огромного количества препаратов отобралось известное число вполне пригодных для терапии.

Далее, постепенно улучшалась самая форма приложения лекарственных средств. Так, введены в практику так называемые пасты, образуемые смесью в известных количествах жира и пудры и совмещающие в себе свойства обоих названных веществ (пасты Капози, Лассара, Унны и др.). Также ценным приобретением явились пластыри, предложенные Унной и Бейерсдорфом (Beiersdorf) под именем «гуттаперчевых марлей», с самыми разнообразными лекарственными веществами, обладающие большими преимуществами по сравнению с обычными пластырями, приготовляемыми по фармакопее как по удобству применения (плотно пристаю к коже), так и по лечебному действию.

Одновременно с фармацевтическим лечением быстро совершенствовалась и физическая терапия. В дерматологическую практику введены массаж (ручной и вибрационными аппаратами), электричество (гальванизация, электролиз, гальванокаустика, фарадизация, токи д'Арсонваля), диатермия, тепло (горяче-воздушные и паровые ванны и души, электро-световые ванны и пр.), гиперемия по Биру, замораживание жидкой угольной кислотой. Но особенно высокий прогресс получился с введением в терапию кожных болезней химических лучей света (концентрированный свет по Финзену, 1895 г., и кварцевая лампа Кромейера, лампа Баха), лучей Рентгена (1896) и радия (1896), когда получилась возможность излечивать многие болезни, дотоле сопротивлявшиеся всем лечебным мероприятиям или излечивавшиеся, но с крайним затруднением и с оставлением обезображивающих рубцов. Таковы: волчанка, кожный рак, favus, herpes tonsurans и др. Современная дерматологическая клиника без аппаратов Финзена, Кромейера и особенно Рентгена обойтись не может.

В течение последних 40 лет французская и венская школы, утратив резкие противоречия, хотя все же оставаясь каждая с своей особой окраской, широко развили свою деятельность.

Во Франции попрежнему дерматологи концентрировались и теперь концентрируются в Hôpital Saint-Louis. Мы назовем наиболее выдающихся авторов французских учебников дерматологии: Гарди (Hardy, 1886), Дюбрейль (Dubreuil, 1899), Брок (Brosq) 1906, 1921, 1924, Дарье (Darier) 1909, 1923, Сабуро (Sabouraud) 1924. Но особенно ценное издание, под редакторством Бенье, Брока и Жаке «La pratique dermatologique» (1900 — 1904), в четырех больших томах, с массой рисунков, принадлежит перу всех известных французских дерматологов. Интересен также перевод с немецкого

на французский язык учебника Капоззи (Kaposi), под редакцией Бенъе, с массой примечаний, уясняющих разницу во взглядах между французской и венской школой. Роскошно издан атлас «Musée de l'Hôpital Saint - Louis, Iconographie des maladies cutanées et syphilitiques», воспроизводящий многие муляжи из огромного собрания их в том же госпитале св. Людовика. Наконец, французская дерматологическая школа находит свое выражение в дерматологическом журнале «Annales de dermatologie et de syphiligraphie» и во французском дерматологическом обществе (Société française de dermatologie et de syphiligraphie), которое имеет свои записки («Bulletins de la Société franç. de dermat. et de syphiligr.»). Не говорим о массе трудов отдельных авторов.

В венской дерматологической клинике наследником Фердинанда Гебры был Мориц Капоззи (Moriz Kaposi, 1837 — 1902), который с честью продолжал работу учителя, описал многие редкие болезни (sarcoma multiplex idiopaticum haemorrhagicum, dermatitis papillaris capillitii, xeroderma pigmentosum и др.), составил учебник, частью совместно, с Ф. Геброй, и атлас болезней кожи. Венская дерматологическая школа из Вены распространилась по всем университетским городам Австрии и Германии, где профессорами дерматологии являются по преимуществу ученики Ф. Гебры и Капоззи. Немецкая литература богата авторами учебников: Neumann, Berend, Hans Hebra, Wolf, Lang, Lesser, Finger, Jessner, Jahrisch, Mraček, Pinkus, Kromayer, Riecke и др. Особенно важно издание журнала «Archiv für Dermatologie und Syphilis» со множеством ценных рисунков. Кроме того, издаются «Dermatologische Wochenschrift», «Dermatologische Zeitschrift», «Dermatologische Centralblatt».

В литературе английской, итальянской, американской и японской имеются также свои учебники и журналы.

Дерматологи всех стран объединяются на всемирных дерматологических конгрессах.

В заключение исторического очерка считаю долгом сказать несколько слов о развитии дерматологии в России.

Мы видели, что в Западной Европе дерматологическая наука в собственном смысле слова стала развиваться лишь с начала XIX столетия. Неудивительно, что в России, которая в деле образования вообще отстала от своих западных соседей, дерматология начала развиваться еще позднее, во второй половине XIX столетия, можно даже сказать — с 80-х годов названного столетия. В то время как во Франции дерматология развивалась почти независимо от университета, в госпитале Св. Людовика, благодаря дружной работе врачей этого госпиталя, в России, впрочем, так же как и в Вене, она обязана своим прогрессом по преимуществу университету. Пока в университетах, по уставу 1863 года, не полагалось кафедры дерматологии (счастливое

исключение представлял лишь Варшавский университет, который с самого основания своего в 1869 году имел эту кафедру; в Военно-медицинской академии А. Г. Полотебнов читал курс дерматологии с 1871 г. в звании доцента и лишь с 1877 г. — в звании профессора) этот предмет или совсем не читался, или поручался терапевтам и хирургам и в лучшем случае доценту, которому, однако, не предоставлялось самых элементарных пособий для преподавания, — эта специальность не могла совершенствоваться. Только с уставом 1884 года, по которому положена особая кафедра дерматологии, изучение и развитие этого предмета быстро стало прогрессировать. Несмотря на короткий срок времени, мы можем уже говорить и о направлении русской дерматологии и о выдающихся работниках на этом поприще.

Русские дерматологи учились и в Вене и в Париже. Они избегали крайностей и той и другой школы, и русская дерматология с самого начала стала на верный путь. Общее направление ее можно назвать клиническим, а с развитием патологической анатомии и бактериологии к этому присоединилось постоянное стремление дополнять клиническое исследование патолого-анатомическими и бактериологическими данными.

Из русских дерматологов мы укажем лишь на некоторых, окончивших свое земное поприще.

Выше мы упомянули уже имя профессора Военно-Медицинской Академии А. Г. Полотебнова (1839 — 1907), который был выдающимся представителем клинического направления дерматологии и который является первым русским дерматологом. Начав преподавание в 1871 году в звании доцента в клинике, совершенно неустроенной, без всяких пособий как для преподавания, так и для клинической работы, он, благодаря своему таланту, высокому интересу к науке и настойчивости, достиг желаемого устройства клиники и привлек большое число работников. Его клинические лекции отличались тонким анализом всех болезненных изменений организма и подробным уяснением соотношения кожного заболевания с заболеванием внутренних органов. Из его клиник, кроме вышеуказанных «Дерматологических исследований», которые, благодаря широко разработанному в них методу всестороннего исследования, должны служить настольной книгой современного дерматолога (часть их — об эритемах — переведена на немецкий язык), вышло много работ по специальным вопросам дерматологии.

Бывший его ассистент, М. И. Стуковенков (1843 — 1897), был первым профессором дерматологии в Киевском университете с введением устава 1884 года. Он устроил дерматологическую клинику, снабдив ее всем необходимым для работы и, между прочим, большой коллекцией муляжей, привлек массу интересных в научном отношении больных, описал ряд редких болезней кожи (риносклерома, пигмент-

ная саркома Капоза, пендинская язва, атрофические полосы кожи, *mycosis fungoides* Alibert'a). Из его клиники вышло много работ его учеников. В своих лекциях он настойчиво проводил мысль о необходимости самого тщательного всестороннего исследования кожных больных и о тесном соотношении кожных страданий с изменениями общего состояния организма и с заболеваниями внутренних органов.

Профессор Казанского университета А. Г. Ге (1842 — 1907) оставил своему преемнику хорошо устроенную клинику с широко поставленным светолечебным кабинетом. Из его клиники вышли солидные специальные работы.

Профессор Московского университета А. И. Поспелов (1846 — 1916) сделал большие вклады в дерматологическую науку. Множество его работ украшают страницы как русских, так и заграничных журналов и атласов. В своей клинике он собрал большой музей художественно исполненных муляжей, представляющих точные копии с самых разнообразных кожных страданий и в том числе многих редких форм болезней. Благодаря этому, Московская дерматологическая клиника сделалась рассадницей педагогических пособий для других клиник, которые получали дубликаты этих муляжей. Поспелов основал Московское дерматологическое общество, в котором демонстрируются и обсуждаются все выдающиеся случаи кожных заболеваний, собирающиеся в Москву со всей России. Протоколы заседаний этого общества содержат ценные факты, относящиеся к дерматологии. Кроме массы работ по отдельным вопросам, Поспелов оставил обширное «Руководство к изучению кожных болезней» (Москва, 1905), единственный оригинальный русский учебник по дерматологии.

Профессор Государственного института для усовершенствования врачей О. В. Петерсен (1849 — 1919) оставил много работ по дерматологии и сифилидологии.

Профессор Харьковского, а затем Московского университета И. Ф. Зеленев (1860 — 1918), кроме многочисленных работ, издавал «Русский журнал кожных и венерических болезней» с 1900 по 1915 год.

Профессор Высших женских курсов (ныне П. М. Г. У) в Москве А. И. Лянц (1856 — 1920) оставил ряд работ по сифилису и кожным болезням.

Профессор Томского университета А. А. Линдстрем (1858 — 1920) оставил ряд работ по болезням кожи и сифилису, в том числе о склеродермии, о красном плоском лишае, об изменении крови под влиянием внутривенных впрыскиваний ртутных препаратов и др.

Профессор Туркестанского университета А. И. Лебедев (1887 — 1923) — автор работы о себоррее и руководства по изучению гистологических изменений при кожных болезнях и сифилисе.

Профессор Государственного института медицинских знаний в Ленинграде Е. Ф. Фридман (1859—1925) оставил работы о псориазисе, парше и др.

Дерматологические знания и интерес к дерматологии из клиник перешел в больницы и амбулатории, и семья русских дерматологов быстро стала увеличиваться, так что на съездах русских врачей в память Н. И. Пирогова, с самого открытия их в 1885 г., секция дерматологии собирает большое число членов и ведет плодотворную работу. Успехи русской дерматологии особенно резко обозначились на международном съезде врачей в Москве в 1897 году. Достойным представителем русских дерматологов и представителем секции был А. И. Поспелов. Заседания происходили в клинике Московского университета. Роскошная клиника с ее богатым материалом и музеем, выставка муляжей и картин из других клиник, ряд интересных докладов и демонстраций наглядно показали заграничным врачам, какой степени развития достигла русская дерматология.

Прибавим к сказанному, что кроме протоколов многих существующих дерматологических обществ к услугам русских дерматологов имеются два дерматологических журнала: «Русский вестник дерматологии» и «Венерология и дерматология».

Многое сделано за сравнительно краткий срок времени, что говорит, с одной стороны, о том, что СССР с его разнообразным климатом и разнообразным и многочисленным населением представляет удобную почву для развития дерматологии, а с другой, что названная специальность привлекает внимание наших врачей — условия, при которых вполне можно надеяться на дальнейший прогресс ее в нашей стране.

ОБЩАЯ ЧАСТЬ

**АНАТОМИЯ, ФИЗИОЛОГИЯ И ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЯ
КОЖИ. ОБЩАЯ ДИАГНОСТИКА**

АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ КОЖИ.

Назначение кожи как отдельной части целого организма состоит:

1. В охранении организма от внешних вредных влияний, для чего служит плотный роговой покров и подкожная жировая клетчатка.

2. В выделении вредных для организма продуктов обмена веществ, а также и различных химических веществ, случайно попавших или введенных в организм с определенной целью (каковы, напр., многие лекарственные вещества: ртуть, иод и др.). Эту функцию исполняют, главным образом, потовые железы.

3. В регулировании отдачи тепла сообразно с потребностями организма. Для этого служит богатая сеть сосудов, при расширении которых к коже приносится вместе с кровью большое количество тепла, которое в известном количестве и отдается окружающей среде чрез проведение, лучеиспускание и испарение (*perspiratio insensibilis*); наоборот, при сужении сосудов уменьшается отдача тепла. Кроме того, для той же цели служит работа огромного числа потовых желез, выделяющих большое количество воды, при испарении которой на поверхности кожи поглощается много тепла.

4. Наконец, в доведении до сознания разнообразных впечатлений со стороны окружающей природы (чувство прикосновения, давления, температуры, пространства, боли), для чего служит богатая сеть нервов в коже.¹

Анатомическое строение кожи вполне соответствует указанному физиологическому назначению ее.

Кожа покрывает всю поверхность тела и в области отверстий рта, носа, мочеиспускательного канала, влагалища и заднего прохода переходит в слизистую оболочку.

Протяжение кожи доходит до 1,5 кв. м (у мужчин до 15 000 кв. см, у женщин до 11 000 кв. см). Наибольшее протяжение приходится на долю нижних конечностей; за ними следуют туловище и верхние конечности (по подсчету Саппея на голову приходится 1323 кв. см, на шею — 340, туловище — 4346, нижние конечности — 5546,

¹ Можно думать, что кроме того кожа обладает внутренней секрецией, действующей на сосудистую и нервную системы.

ния в этих местах кожи к подлежащему апоневрозу. Из этих складок особенно резкие три: две почти поперечные и одна косопродольная, очерчивающая возвышение большого пальца и называемая по терминологии, заимствованной из хиромантии, жизненной линией (*linea vitalis*) (см. рис. 1).

Ко вторым, составляющим нежный рисунок, относятся: 1) *сосочковые параллельные гребешки и бороздки* ладоней и подошв и ладонных и подошвенных поверхностей пальцев (рис. 1). На так называемых мякишах (5 пальцевых мякишей на третьих фалангах и 5 ладонных) гребешки и бороздки образуют различные фигуры, которые Пуркинье подводит под 9 групп (*striae transversae, stria centralis, stria obliqua, sinus obliquus, amygdala, spirula, ellipsis, circulus, vortex duplicatus*).

Так как рисунок фигур отчасти индивидуален, то они могут служить суду для установления личности преступника, если ранее был сделан снимок рисунка кожи данного лица.

Описываемые гребешки и бороздки обусловлены известным правильным расположением сосочков кожи. На вершине гребешков открываются отверстия выводных протоков потовых желез, что нельзя не отнести к целесообразности постройки кожи, так как капли пота с вершины гребешков легче разливаются по бороздкам, смачивая таким образом всю поверхность кожи.

2) На всей остальной поверхности кожи замечен очень нежный рисунок *треугольных и ромбических полей*¹ (рис. 2 и 33), особенно хорошо видный на тыле кистей и в области лучезапястных сочленений. Во многих местах для своего обнаружения он требует лупы. Треугольники и ромбы представляют как бы возвышенные плато, ограниченные канавками — бороздками. На возвышенном плато открываются



Рис. 2. Треугольные и ромбические поля кожи.

¹ П. В. Никольский. Рисунок треугольных и ромбических полей на поверхности кожи. Венерология и дерматология. 1924, № 1.

потовые железы, а в бороздках, именно в углах треугольников и ромбов, выходят из кожи стержни волос и открываются сальные железы. Происхождение треугольных и ромбических полей можно объяснить также известным расположением сосочков и гребешков cutis; отличие их от сосочковых параллельных гребешков и бороздок можно объяснить тем, что на ладонях и подошвах нет ни волос, ни сальных желез, а на всей остальной коже разрастание сосочков и гребешков cutis должно принаравливаться к более сложному строению кожи, в которой имеются не только потовые железы, но и волосы, волосковые мышцы и сальные железы. Треугольники и ромбы также расположены по определенному плану, именно вытянуты своим

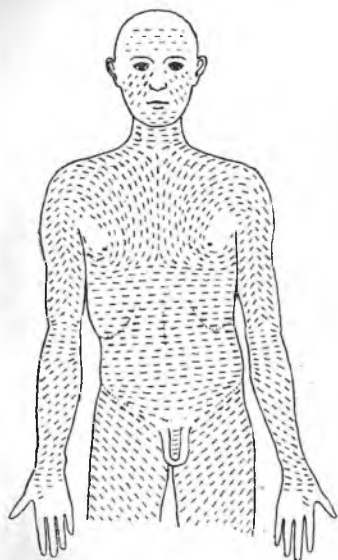


Рис. 3. Направление наибольших поперечников треугольных и ромбических полей кожи.

длинным диаметром на различных местах в одном определенном направлении (рис. 3), например, на тылах кистей, в области лучезапястных сочленений и животе в поперечном направлении, на предплечьях, плечах, бедрах и голених в косом направлении. При болезнях кожи, сопровождающихся инфильтрацией ткани, как напр. psoriasis, neurodermitis, треугольники и ромбы увеличиваются, возвышаются и потому резко бросаются в глаза: нормально нежный рисунок делается грубым (рис. 33). Когда болезненные явления, в собственном смысле, проходят, а рисунок кожи еще не пришел к норме, мы говорим, что болезнь окончательно еще не прошла, что остается еще инфильтрация ткани и можно ожидать возврата болезни. Поэтому лечение должно быть продолжено.

Цвет кожи представляет очень сложное явление. На него влияют все ткани, входящие в состав кожи: эпителий, соединительная, эластическая, мышечная, жировая ткани, так равно и ткани, лежащие под кожей и просвечивающие через нее, каковы: мышцы, сухожилия, кости. Но главным образом цвет кожи складывается из двух явлений: цвета крови, просвечивающей через эпидермис, и пигмента кожи. Совокупность всех перечисленных влияний производит «телесный» цвет кожи, иногда с преобладанием красного цвета у лиц полнокровных, иногда с преобладанием белого цвета у лиц малокровных («бела как снег»), иногда с преобладанием темного цвета у жителей южных стран или при загаре или у известных рас, как негры с черной кожей, вследствие увеличенного количества пигмента.

Кожа состоит из *надкожицы* (epidermis, покровный эпителий), которую можно отделить от подлежащей ткани мацерацией, *собственно кожи* (cutis, derma, corium) и *подкожной жировой клетчатки* (subcutis, subderma).

Микроскопическое исследование открывает более тонкое строение кожи. Она состоит из двух тканей: *эпителия*, происходящего из наружного зародышевого листка вместе с нервной системой, с которой он навсегда остается связанным при помощи множества нервов и нервных окончаний, и *соединительной ткани*, происходящей из среднего зародышевого листка.

Эпителий кожи разделяется на *покровный* (epidermis), назначенный для защиты организма от внешних вредных влияний (плотный роговой слой) и для получения, при помощи многочисленных нервных окончаний между эпителиальными клетками, тонких впечатлений со стороны окружающего мира (сочный Мальпигиев слой), и *железистый эпителий*, который, составляя непосредственное продолжение покровного эпителия, углубляется в межтканую ткань и образует здесь волосы, сальные и потовые железы.

Покровный эпителий.

Покровный эпителий ¹ (epidermis) отделяется от соединительной ткани (собственно кожи — derma, cutis, corium) основной (стекловидной) перепонкой (membrana basilaris), которая, хотя обыкновенно и представляется при микроскопическом исследовании блестящей, бесструктурной полоской, но на самом деле состоит из переплетающихся соединительно-тканых и эластических волокон и протоплазматических отростков эпителиальных клеток.

Таким образом, основная перепонка, служа раздельной линией между тканями различного эмбрионального происхождения — эпителием, образующимся из наружного зародышевого листка, и соединительнотканым слоем кожи (derma, corium), происходящим из среднего зародышевого листка, — в то же время устанавливает и прочную анатомическую связь между ними.

¹ По Кёлликеру, в первые два месяца развития плода покровный эпителий состоит лишь из двух рядов клеток: в верхнем — сплюснутые, прозрачные, шестиугольные, в нижнем — меньшие, округлые или цилиндрические. Здесь мы уже видим дифференцировку эпителия на роговой и слизистый слои. К концу 2-го месяца по местам заметно отграничивание эпителия от нижележащей ткани стекловидной перепонкой. На 3-м месяце число клеточных рядов увеличивается до 4 — 5, на 5 и 6 месяцах до 10, причем в верхних двух заметно ороговение, нижние 4 представляют образовательный слой, а средние 4 переходные стадии к ороговению, так как здесь встречаются зерна кератогиалина. В то же время начинается отторжение роговых чешуек, уже не содержащих ядер, и выделение железами жирной смазки (vernix caseosa).

Вся толща покровного эпителия, лежащая над основной перепонкой, может быть разделена на два слоя: образовательный (Мальпигиев слой), в котором происходит образование новых клеток, и роговой, клетки которого состоят из плотного вещества — кератина и потому служат надежной защитой организма от внешних вредных влияний. Но так как выработка кератина в эпителиальных клетках происходит не вдруг, а в последовательном порядке химических превращений белковой частицы, то поэтому между двумя указанными слоями лежат еще два промежуточных слоя с подготовительными процессами ороговения: зернистый (Langergans'a) и стекловидный (Oel'я).

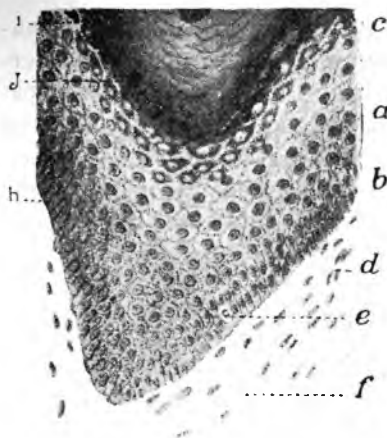


Рис. 4. Покровный эпителий: а — образовательный (Мальпигиев) слой; б — цилиндрический слой; с — зернистый слой; d — капилляр; e — клетки цилиндрического слоя в стадии деления (кариокинеза); f — соединительная ткань сосочков (Resnier — Pratique dermatologique etc.).

Образовательный слой, stratum germinativum (рис. 4), как сказано, служит для размножения клеток, которые должны возмещать убыль постоянно отторгающихся ороговевших элементов на поверхности кожи (физиологическое и патологическое шелушение). Очевидно, чем сильнее шелушение, тем энергичнее должно происходить новообразование клеток для поддержания status quo эпидермиса; в противном случае неизбежна атрофия последнего.

И действительно, при тех болезнях кожи, при которых отслойка поверхностных пластов происходит с особенной интенсивностью, и постель больного каждую ночь усыпается огромным количеством чешуй, образовательный слой очень развит и обнаруживает обильное деление клеток. Примером может служить *remphiges foliaceus*, *psoriasis*.

Сказанное назначение образовательного слоя ясно выражается в гистологическом строении его элементов. Здесь мы видим клетки делящиеся, с митозами и молодые, с сравнительно большим ядром, которое богато хроматином и нередко содержит по несколько ядрышек, и с скудной, довольно прозрачной протоплазмой.

В нормальной коже фигуры деления по преимуществу встречаются в самом нижнем цилиндрическом ряде клеток (Flemming, Unna); во втором ряду они встречаются в значительно меньшем количестве (одна на 10—15 нижнего ряда), а в третьем ряду являются как исключение (Hanseman), так что образовательным слоем в собственном смысле слова можно назвать лишь самые нижние слои.

Протоплазма клеток образовательного слоя имеет волокнистое строение (рис. 5), как это обнаруживается с полной ясностью специальными методами исследования (по Вейгерту). Волокна протоплазмы выходят из клетки и непосредственно соединяются с таковыми же соседних клеток, образуя «межклеточные мостики», а клетки самых глубоких слоев, кроме того, посылают волокнистые отростки к основной перепонке, устанавливая, таким образом, прочную связь эпителия с дермой. Межклеточные мостики представляют систему укреплений, придающих прочность надкожице.¹ При обычной обработке препарата межклеточные волокна не видны, а периферия клеток представляется зубчатой. Поэтому описываемому слою было усвоено название зубчатого или шиповидного (*stratum spinosum*).

Промежутки между межклеточными мостиками представляют собою придаток сосудистой системы — лимфатические щели, по которым лимфа приносит питательный материал клеткам эпителия и уносит продукты обмена, в которых, по местам, попадают блуждающие клетки в форме звездчатых или вытянутых телец. Количество лимфатических щелей всего больше в нижних слоях эпителия и постепенно уменьшается кверху. Их всего меньше в роговом слое.

Когда при впрыскивании игла останавливается в эпидермисе, то на месте впрыскивания тотчас получается возвышение, вследствие того, что впрыскиваемая жидкость временно останавливается в лимфатических щелях и растягивает их; при этом, если жидкость не безразлична (напр., ртутные растворы), то нежные клетки образовательного слоя могут подвергаться омертвению.



Рис. 5. Волокнистое строение клеток образовательного слоя: а — слой цилиндрических клеток; б — базальные волокна (волокна, прикрепляющиеся к основной перепонке); с — слой клеток с волокнами, расходящимися по всем направлениям; д — слой клеток, волокна которых идут параллельно поверхности кожи; е — слой клеток, в котором волокна начинают распадаться на зерна эледины; ф — *stratum granulosum*; г — *stratum corneum* (К р о м а й е р).

¹ Что сетчатое строение протоплазмы клеток образовательного слоя не представляет искусственного продукта известной обработки препарата, на это указывают некоторые препараты патологически измененной кожи; когда жидкая часть содержимого клеток (*paraplasma*) исчезает, тогда волокна выступают очень рельефно, без всякой специальной обработки препарата. Особенно резко выраженное волокнистое строение мне пришлось наблюдать при *ichthyosis congenita*.

Протоплазма клеток глубоких слоев содержит пигмент в виде пигментных зернышек. Кожный пигмент отличается от кровяного отсутствием железа. Относительно происхождения пигмента в надкожице до 80-х годов XIX столетия не было сомнения, что он вырабатывается самими эпителиальными клетками. Но когда были найдены и в соединительной ткани кожи, равно как и среди клеток покровного эпителия, клетки соединительнотканного типа, содержащие пигмент (меланобласты, хроматофоры), то появилось мнение, что кожный пигмент образуется из кровяного. Последний захватывается особыми клетками, перерабатывается в безжелезистый пигмент и передается хроматофорами клеткам покровного эпителия (Ehrman, Karg, Aebv). Однако, это мнение опровергается (Koelliker, Schvalbe и др.), тем, что 1) ткани, несомненно, имеют способность вырабатывать пигмент, какова retina и нервные клетки; 2) весьма часто под пигментированным эпидермисом не находят никаких хроматофоров; 3) у горноста, вырабатывающего пигмент весной, последний, несомненно, вырабатывается эпителиальными клетками.

Таким образом, нужно остаться при старом мнении, что пигмент вырабатывается самими эпителиальными клетками. Но в виду того, что в известных случаях наблюдается большое число меланобластов и хроматофоров, необходимо допустить, как думает Капози, для патологических случаев усиленной пигментации и второй способ образования пигмента из крови.

Человеческие расы отличаются друг от друга, между прочим, и количеством пигмента в коже. Так, его очень много в коже негров. Люди кавказской расы, по количеству и цвету пигмента кожи и волос, разделяются на brunetов — с большим количеством темного пигмента, blondинов — с малым количеством светлого пигмента, и шатенов, занимающих средину между теми и другими.

К числу реакций кожи на внешние раздражения должно быть отнесено усиленное образование пигмента под влиянием солнечных лучей (загар). Это явление объясняют самозащитой организма от проникновения химических лучей света в глубже лежащие более нежные ткани. Пигмент поглощает эти лучи.

Но для патолога загар имеет и другое значение. Общеизвестно, что одни лица скоро загорают на солнце, а другие совсем не загорают. Сердобольные матери с печалью заявляют, что их дети даже летом в деревне не загорают, и отсюда делают вывод, что они слабы, больны. Такое довольно распространенное в народе мнение нужно считать справедливым. Действительно, в практике мы нередко видим, что лица с нежной, белой, не загорающей на солнце кожей, имеют слабое сложение, малокровны, плохо противостоят вредным влияниям. Наоборот, лица с более грубой, загорелой кожей крепки и выносливы.

Очевидно, в первом случае мало жизненные, с вялыми химическими процессами, эпителиальные клетки не в состоянии вырабатывать сложное вещество пигмента. Эта слабость может быть лишь местной, касающейся только кожи, но может быть и выражением общей слабости организма. Описанная реакция кожи на действие солнечного света, давая указания на патологическое состояние организма, в то же время может служить и для соответствующего направления лечения.

Форма клеток образовательного слоя многоугольная, и только самого первого ряда — цилиндрическая (цилиндрический слой, называемый также основным).

Образовательный слой дает более или менее глубокие продолжения в ткань собственно кожи, называемые межсосочковыми продолжениями эпителия; они разделяют сосочки дермы друг от друга. Поэтому нижняя граница эпителия представляется не прямой, а волнообразной линией. При гипертрофии образовательного слоя межсосочковые продолжения очень длинные и широки, при атрофии — наоборот.

Сочные клетки описываемого слоя, постепенно стареясь и оттесняясь более молодыми все дальше и дальше к поверхности, мало-по-малу начинают видоизменяться: ядро их уменьшается, митозы встречаются все реже и реже, а протоплазма увеличивается, и в ней начинают появляться зерна кератогиалина — первая ступень начинающегося процесса ороговения, которая является совершенно выраженной в следующем зернистом слое.

Зернистый слой, ¹ stratum granulosum (рис. 4), характеризуется, во 1-х, тем, что вся протоплазма клетки выполнена зернами кератогиалина, очень интенсивно окрашивающимися кармином и гематоксилином, причем волокнистое строение клеток исчезает, но зато образуется толстая оболочка, ² и ядро представляется значительно уменьшенным и сморщенным, и, во 2-х, тем, что клетки его имеют вытянутую параллельно поверхности кожи форму.

Из каких составных частей клетки образуются зерна кератогиалина, — вопрос остается открытым. По одному взгляду (Кромейер) эти зерна представляют не что иное, как распавшиеся протоплазматические волокна, что подтверждается тем, что с образованием зерен кератогиалина волокнистость клетки исчезает. По другому взгляду (Мерчинг, Познер) кератогиалин происходит не из тела клетки, а из составных частей ядра. Это доказывается следующими фактами: 1) отложение зерен всегда начинается около ядра, 2) они хорошо красятся ядерными красками (кармин, гематоксин, сафранин),

¹ Появляется у человеческого зародыша в конце 6-го и в начале 7-го месяца внутриутробной жизни (Павлов).

² По Ранвье, оболочка, клеток зернистого слоя состоит из оттесненных и уплотненных волокон.

3) в то время как откладываются зерна кератогиалина, ядро постепенно атрофируется.

Содержимое зернистых клеток претерпевает дальнейшее химическое изменение, причем кератогиалин переходит в элейдин — вторая ступень ороговения, — выполняющий клетки вышележащего стекловидного слоя.

Стекловидный слой, *stratum lucidum*, характеризуется тем, что 1) клетки его содержат стекловидную и гомогенную протоплазму и ядро в форме сморщенного комочка; 2) при разрезе бритвой свежих неуплотненных¹ препаратов кожи из клеток стекловидного слоя выступают на поверхность его капли элейдина;² 3) по форме стекловидные клетки походят на зернистые: они также вытянуты параллельно поверхности кожи.

Зернистый и стекловидный слои отчетливо выражены на ладонях и подошвах; в других же местах кожи весьма часто они слабо выражены, а стекловидный часто отсутствует.

Наконец, элейдин, вторая промежуточная ступень ороговения, переходит в конечный продукт ороговения — к е р а т и н, — плотное вещество, служащее надежной защитой организма от внешних вредных влияний и содержащееся в клетках самого поверхностного рогового слоя.

Роговой слой (рис. 6) состоит из плотных клеток-чешуек, лишенных ядер, содержащих жир и альбумозу и имеющих толстую кератиновую оболочку. Остатки ядер встречаются лишь кое-где в более глубоких частях описываемого слоя. Промежутки между клетками выполнены жиром. Роговые чешуйки, утрачивая взаимную связь, постепенно удаляются с поверхности кожи, обуславливая физиологическое шелушение, почти незаметное при чистом содержании кожи. Ежедневно отделяется роговых чешуек по Мо л е ш о т у 14 г, по Ф у н к е 6 г (в них азота 0,71). На место отпадающих постепенно нарастают из глубины молодые клетки, проходящие в свою очередь все вышеописанные превращения. При действии переваривающих соков (пепсина и др.) внутренность клеток растворяется и остаются лишь кератиновые оболочки.

Кератин представляет собою продукт восстановления белка, от которого отличается относительно меньшим содержанием кислорода и большим содержанием азота (от 17% до 25%, тогда как в белках 15,5—16,5%) и серы (от 1,5% до 5%, а в белках 0,8—2%) и чрез-

¹ Удастся получить капли элейдина и на препаратах, уплотненных в спирте, но не более как в течение 2—3 суток, при заливке их в целлоидин и при употреблении сухой бритвы (Dreysel и Orppler).

² Элейдин отличается от кератогиалина, между прочим, и отношением к красящим веществам, и потому можно получить дифференцированную окраску его нигрозином, а кератогиалина — гематоксилином (Buzzi).

аномалии ороговения во многих случаях, на основании клинических и патолого-анатомических данных, должны считаться «нервными» страданиями, можно думать, что процесс ороговения находится под влиянием нервной системы. Как увидим ниже, с анатомической стороны возможность этого вполне приемлема, так как эпидермис снабжен массой нервных окончаний.

Можно даже смотреть на процесс ороговения в покровном эпителии с отторжением роговых клеток с поверхности кожи (физиологическое шелушение) как на процесс секреторный (Раубер). Как для выработки жира, необходимого для кожи, требуется секреторная деятельность сальных желез, так и для выработки кератина необходима секреторная деятельность покровного эпителия.

Сравнительная толщина всех описанных слоев эпидермиса представляется приблизительно в таком виде: наиболее толстый — образовательный слой, достигающий, особенно в межсосочковых продолжениях, до 8-ми и более рядов клеток. Зернистый слой состоит из 1—2 рядов, самое большее, 5 рядов клеток. Стекловидный слой состоит из 1—2 рядов, а иногда на многих местах кожи едва отличается и даже отсутствует. Роговой слой обыкновенно толще зернистого и стекловидного, а на некоторых местах, каковы ладони и подошвы, он может превышать толщину и образовательного слоя. На ладонях и подошвах все слои эпидермиса развиты гораздо больше, чем на других местах.

Поверхность рогового слоя неровная, представляет возвышения и углубления, от чего и зависит вышеописанный рисунок поверхности кожи. Сосочковые параллельные гребешки и бороздки ладоней и подошв и треугольные и ромбические поля остальной поверхности кожи представляют возвышения, ограниченные углублениями.

В заключение описания эпидермиса, чтобы не сбиваться в терминологию, необходимо сказать, что образовательный слой вместе с зернистым издавна принято называть Мальпигиевым, а стекловидный обыкновенно не отделяют от рогового.

Точное знание гистологического строения эпидермиса важно для понимания целого ряда болезней кожи, которые именно здесь имеют свой патолого-анатомический субстрат, каковы, напр., все пузырчатые страдания (eczema, pemphigus) и аномалии ороговения (ichthyosis, psoriasis и др.).

Аномалии ороговения, с которыми так часто приходится иметь дело дерматологу, несомненно, в каждом данном случае касаются в той или другой степени всех трех вышеуказанных слоев ороговения и даже самого образовательного слоя, что и констатируется микроскопическим исследованием. Но клинически они выражаются, главным образом, изменением поверхностного рогового слоя, который в одних случаях сильно

разрастается (мозоль, кожный рог, рыба чешуя), в других — усиленно отторгается, покрывая кожу, белье и постель больного огромным количеством чешуй (psoriasis, pemphigus foliaceus и др.).

Н о г т и .

Ногти¹ (рис. 7) представляют плотные четырехугольные пластинки, помещенные на концах тыльных поверхностей пальцев рук и ног. Задний и боковые края ногтя помещаются в складках кожи (sulcus unguis posterior и sulci laterales), а передний край свободный. Верхние складки кожи носят название ногтевых валиков (задний и боковые валики). В ногте отличаются собственно ногтевую пластинку и корень ногтя, скрытый в задней ногтевой складке.

Ногтевая пластинка выпукла в поперечном направлении, гладка, блестяща, розового цвета, вследствие просвечивания крови. На ней заметны, очень слабо в молодости и сильнее в пожилом возрасте, продольные гребешки.

В задней части ее, всегда на больших и иногда на других пальцах, заметно белое полукруглое пространство, *lunula*, которое по своей функции относится к скрытому в задней складке корню ногтя. Белый цвет луночки объясняют присутствием в этом месте задерживающего цвет крови зернистого слоя, которого ногтевая пластинка лишена на всей остальной поверхности.

Ногтевая пластинка состоит из плоских многоугольных клеток, приближающихся к клеткам рогового или скорее стекловидного слоя, многие из них с ядрами. Клетки так плотно прилежат друг к другу, что сливаются в сплошную массу. Для разъединения их требуется обработка крепкими кислотами или щелочами. Ногтевая пластинка покоится на

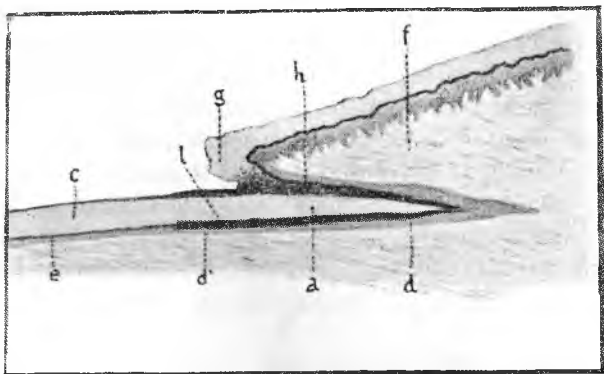


Рис. 7. Ноготь в продольном разрезе: а—корень ногтя; с—тело ногтя; d, d'—matrix ногтя; е—ложе ногтя; f—складка кожи над ногтем; g—возвышенный край надногтевой складки; h—эпидермис с нижней надногтевой складки (из Besier — Pratique dermat. etc.)

¹ Ноготь впервые появляется на 7-й неделе внутриутробной жизни в форме утолщения эпителия на концах пальцев; передний край ногтя выходит за пределы пальцев на 7-ом месяце жизни плода.

ногтевом ложе, состоящем из образовательного слоя эпителия (который, впрочем, не участвует в образовании ногтя, который образуется в области корня ногтя из *matrix unguis*) и лежащей под эпителием соединительной ткани. Последняя образует ряд продольных гребешков.

Корень ногтя составляет заднюю часть ногтя и лежит в задней ногтевой складке; только некоторая часть его выходит из складки в виде белой луночки (*lunula*) — на большом пальце, а иногда и на других пальцах. Корень ногтя лежит на *matrix unguis*.

Matrix unguis состоит из образовательного слоя, аналогичного образовательному слою кожи вообще, и лежащей под ним собственно кожи с сосочками и продольными гребешками. Ноготь растет именно из образовательного слоя *matricis*.

Рост ногтя довольно быстрый: 1 мм в неделю на руках и $\frac{1}{4}$ мм на ногах. У детей рост более скорый, у стариков более медленный. Полное отрастание ногтей после выпадения их происходит в 96 — 115 дней. Обрезание ногтя ускоряет рост. Весной и летом рост больший, чем осенью и зимой. В течение года обрезается ногтевого вещества, по Моделшоту, более 3 г (3324 мг).

На поверхности ногтей нередко бывают беловатые пятнышки, зависящие от поступления воздуха в вещество ногтя. При различных болезнях (*syphilis*, *eczema*, *psoriasis* и др.) вещество ногтя изменяется, оно делается тусклым, шероховатым, ломким, как бы изъеденным червоточиной и пр.

Ногти, как плотные образования, служат защитительными органами для концов пальцев.

Железистый эпителий.

Железистый эпителий образует волосы, сальные и потовые железы.

Волосы (рис. 6, 8, 9, 10) появляются в конце третьего месяца утробной жизни, сначала в виде выступа на нижней поверхности покровного эпителия, в котором, далее, происходит дифференцировка клеток, из которых осевые превращаются в вещество собственно волоса и его внутреннего эпителиального влагалища, а периферические — в наружное эпителиальное влагалище. Заключенный в своих влагалищах стержень волоса пробивается наружу на 5-м месяце утробной жизни (Гертвиг). В нижний конец выступа врастает соединительная ткань с сосудами, образуя волосяной сосочек.

Вещество собственно волоса состоит: 1) из сердцевины (которая может и отсутствовать), содержащей 2—4 ряда кубических или неправильной формы клеток с пигментом и пузырьками воздуха; в клетках и между клетками заключен пигмент в растворенном виде или в виде

зерен; 2) коркового слоя, содержащего сплюснутые клетки с ядрами и пигментом в растворенном виде или в виде зерен и с пузырьками воздуха в клетках; 3) кожицы с плоскими безъядерными клетками, расположенными черепицеобразно и обуславливающими, при сильном развитии зубцов, шероховатость волоса. Такой состав вещества волоса имеется как в надкожной части (стержень), так и в корне, погруженном

в кожу, лишь с тем главным отличием, что самый нижний конец его расширяется, образуя *луковицу волоса*, сидящую на *волосном сосочке*, в области которой клетки эпителиальных влагалищ сливаются с клетками вещества волоса, и клетки луковицы являются сочными

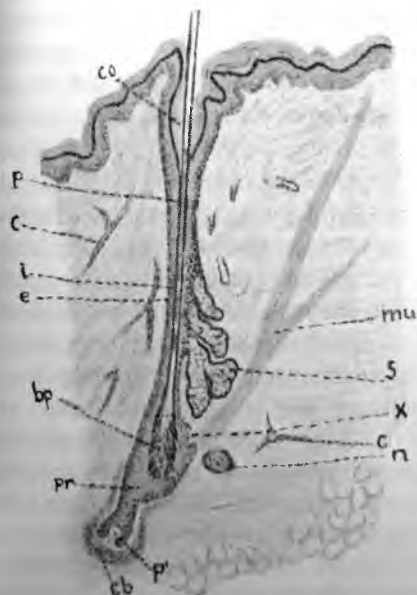


Рис. 8. Волос выпадающий и замещающий: br — bulbus; pr — замещающий волос; cb — основная перепонка; e — наружное эпителиальное влагалище; i — внутреннее эпителиальное влагалище; p — стержень волоса; c — сосуды; co — шейка волоса; s — сальная железа; mu — m. arrector pilorum; x — место прикрепления мышц; n — нерв (Besnier).

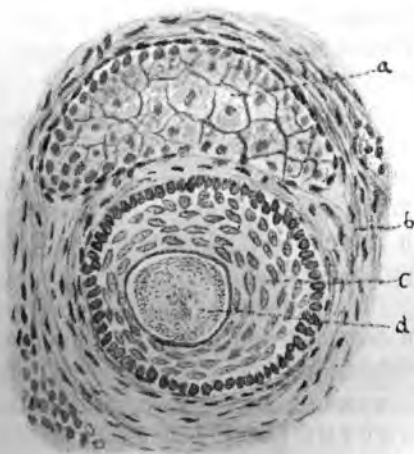


Рис. 9. Поперечный разрез волоса и сальной железы: a — сальная железа; b — соединительнотканная сумка волоса; c — наружное корневое влагалище; d — стержень волоса (Раубер).

и жизненными. Размножаясь и подвергаясь ороговению, они обуславливают рост волоса.

Цвет волос зависит от различного соотношения между количеством воздуха и пигмента. Воздух придает белый цвет, а пигмент, наоборот, смотря по свойству, придает волосам черный или рыжий цвет.

Эпителиальные влагалища облегают вещество волоса в корневой его части, везде ясно отделяясь от него, кроме самого нижнего конца — луковицы, где, как сказано, клетки влагалищ сливаются с клетками луковицы.

Внутреннее корневое влагалище состоит снаружи внутрь из слоя Генле, содержащего один ряд прозрачных безъядерных клеток; из слоя Гексли, содержащего два слоя клеток с ядрами и элейдином, и кожицы из черепицевидных чешуек, прилежащей к коже собственно волоса, причем черепицевидные чешуи плотно входят одна в другую, устанавливая прочную связь между волосом и его внутренним влагалищем.

Наружное эпителиальное влагалище представляет непосредственное продолжение покровного эпителия, и в нем отмечают снаружи внутрь: стекловидную перепонку, образовательный и зернистый слой.

Волос с эпителиальными влагалищами, кроме того, заключен в соединительно-тканную и эластическую сумку, содержащую сосуды и нервы. Эта последняя отличается от окружающей соединительной и эластической ткани большею плотностью, более правильным расположением волокон (наружных продольных и внутренних поперечных), большим количеством сосудов и нервов и образованием выступа (волосяного сосочка), входящего в луковицу снизу и несущего главный питающий сосуд. Последний отходит от глубокой артериальной сети; остальные артерии волосяной сумки отходят от поверхностной артериальной сети.

У взрослого человека волосы покрывают всю поверхность кожи, за исключением ладоней и подошв, ладонных и подошвенных поверхностей пальцев рук и ног, тыльных поверхностей третьих фаланг пальцев рук и ног, соска, головки члена, внутреннего листка крайней плоти, малых губ, внутренней поверхности больших губ у женщин и красной каймы губ.

По внешнему виду отличаются волосы: длинные (настоящие) в большей или меньшей степени пигментированные, покрывающие кожу черепа, а с периода *pubertatis* также подмышечные впадины, лобок и у мужчин, кроме того, известные части лица (баки, борода); щетинистые (веки, ресницы, волосы ушных раковин) и шерстистые, пушковые волосы (*lanugo*) на остальной поверхности кожи (с вышеуказанными исключениями) — очень тонкие, короткие, почти лишенные пигмента, едва заметные лишь при косом освещении. Иногда у мужчин они переходят в настоящие волосы на разгибательных поверхностях конечностей, а также на груди и спине. Значительное развитие настоящих волос из пушковых считается аномалией роста — *hypertrichosis*. У зародыша вся кожа покрыта пушковыми волосами. По рождении они выпадают, заменяясь новыми, с образованием на некоторых участках длинных настоящих волос (голова, а в периоде *pubertatis* подмышечные впадины, лобок и у мужчин лицо). В этнографическом отношении отличаются волосы прямые, как конский хвост, у монголов, курчавые волосы и шерстевидные у бушменов и негров и волнистые у кавказской расы.

Волосяные мешочки и выходящие из них волосы расположены наклонно к поверхности кожи, но при этом волосы отнюдь не торчат

в разные стороны, а направление их подчинено определенному закону [метамерические линии Фойта (Voigt)]. Есть определенные точки, вихри или круговороты, из которых выходят ряды волос. Вихри находятся на макушке справа (бывает и слева — двойной вихор), на лице, в окружности глазных щелей, и на ушных раковинах, в подмышечных впадинах, в паховых областях и на боковых частях туловища между подмышечным и паховым вихром.

Из каждого вихря или круговорота снабжается определенная область кожи, но в то же время в этой последней отличают еще отдельные поля, на границах которых волосы расходятся в противоположные стороны (потoki волос, *flumina pilorum*). На границах областей круговоротов волосы сходятся своими верхушками (конвергирующие линии¹).

Направление волос нужно принимать во внимание 1) при выдергивании их, как то бывает необходимо при лечении стригущего лишая, паршей, при усиленном росте волос (у женщин на лице), так как при влечении волоса в противоположном направлении он легко обрывается, и 2) при втирании мазей. Когда мы особенно заботимся о том, чтобы больше ввести мази в кожу через волосные мешки (напр., при лечении сифилиса втираниями серой ртутной мази), тогда мы делаем втирания против направления волос («против шерсти»), а когда особенно нужно избегать раздражения кожи, тогда втираем по направлению волос.

Здоровый волос выдергивается с трудом и приятно выдергивается только один стержень без эпителиальных влагалищ (или с ничтожными обрывками их), с открытой, т. е., имеющей на нижнем конце

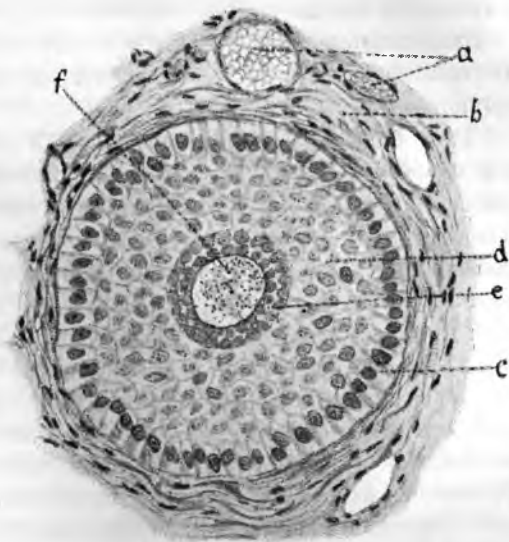


Рис. 10. Поперечный разрез корня волоса и корневых влагалищ, проведенный в области потовых желез: а — кровеносные сосуды в соединительнотканной сумке волоса; б — соединительная ткань; с — цилиндрический слой наружного эпителиального влагалища; d — многоугольные клетки наружного эпителиального влагалища; е — внутреннее корневое влагалище; f — стержень волоса. (Р а у б е р).

¹ О неправильном расположении волос см. далее, в главе о врожденных anomalies кожи.

углубление, сочной луковицей. Атрофированный волос выдергивается легко, почти без боли, также без эпителиальных влагалищ, с сухой закрытой луковицей (после изнурительных болезней, при alopecia areata и проч.), причем волосяной сосочек также атрофируется.

При некоторых болезнях (favus, herpes tonsurans, sycosis) волос выдергивается вместе с эпителиальными влагалищами, вследствие разрыва связи последних с соединительнотканной и эластической сумкой, причем корень его представляется гораздо более толстым, чем надкожная часть.

Продолжительность жизни волос от нескольких месяцев до 2—4 лет. Волосы постепенно выпадают, ежедневно по 30—120. Вместо выпавших вырастают новые.

Рост новых волос при нормально и постоянно происходящей смене их, сопровождающейся ороговением луковицы, происходит на счет размножения клеток эпителиальных влагалищ; после вырывания больного волоса с влагалищами заместитель развивается из небольших остатков последних, чем и объясняется довольно быстрый рост волос после эпиляции (напр., при favus). Впрочем, наблюдают также эмбриональный тип развития волос у взрослых из покровного эпителия (Гессе, Келликер, Леонтович, Шпuler).

Волос и его влагалище, как всякое другое эпителиальное образование, не имеет сосудов, но получают питательный материал из сосудов волосяных сосочков. При атрофии последних волосы также атрофируются и выпадают (напр., у стариков). Волосы с округлой луковицей — отжившие (луковица ороговела, сосок запустел), волосы с открытой луковицей — жизненные.

Волосы обильно снабжены нервами, которые оплетают волос по стекловидной оболочке его, особенно в области шейки (ниже впадения протока сальной железы) и часть их в виде голых осевых цилиндров проходит в наружное эпителиальное влагалище, где оканчиваются концевыми пластинками на меркелевских осязательных клетках. Укол в область волоса значительно больше, чем укол в соседний участок кожи. Поэтому при подкожных впрыскиваниях нужно ставить иглу в промежутки между волосами.¹

Многие страдания волос стоят в непосредственной зависимости от заболевания нервной системы, как, например, круговое выпадение (alopecia areata s. areola Celsi) и раннее поседение (canities praematura.).

Физиологическая роль волос. Волосы производят от зубов акулы и чувствительных концевых аппаратов кожи у рыб и амфибий. У акулы на высоких сосочках помещаются «кожные зубы». У следующего класса

¹ П. В. Никольский. К мероприятиям, уменьшающим боль при подкожных впрыскиваниях. Юго-восточный вестник здравоохранения. 1923. № 7—9.

амфибий зубы заменяются особыми концевыми аппаратами, состоящими из эпителиальных клеток. У наземных амфибий эти концевые аппараты ороговевают. Далее, у рептилий образуются чешуи. Эти последние у птиц сохраняются лишь на ногах, а вся остальная кожа покрывается перьями. У млекопитающих чешуи и перья заменяются волосами.

Назначение волос таково: 1) Волосы являются органом осязания. Особенно чувствительны волосы около глаза (ресницы, которые составляют защитительный аппарат глаза). Что волосы обладают очень развитой чувствительностью, легко убедиться каждому, так как ощущение прикосновения получается при самом легком прикосновении к верхушке волос. Описан особый вид чувствительности под названием «волосковой чувствительности». 2) Волосы являются регуляторами тепла. Они представляют плохой проводник тепла и поэтому предохраняют от лучистой теплоты. С другой стороны, благодаря той же плохой проводимости, сохраняют большое количество тепла внутри тела. 3) Волосы служат как украшение.

Сальные железы (рис. 6, 8, 9) относятся по своему строению к сложным альвеолярным железам, в большинстве случаев связаны с волосом, так как проток их открывается в пространство между стержнем и эпителиальными влагалищами волоса (в верхней трети кожной части волоса) и в меньшем числе случаев представляют обособленные образования, открывающиеся прямо на поверхности кожи: железы сегонае *glandis*, на внутреннем листке крайней плоти, на малых губах женщин, на соске и околососковом кружке, на веках, на слизистой губ, в переходных областях между кожей и слизистой носа и заднего прохода. В первом случае они развиваются (в конце 4-го эмбрионального месяца) из наружного корневого влагалища, во втором — из Мальпигиева слоя эпидермиса. Самые периферические клетки каждой альвеолы навсегда сохраняют свойство клеток матерней почвы. Размножаясь делением, они пополняют убыль центральных клеток, которые претерпевают жировое перерождение и распадаются на жировые капли. Последние и составляют секрет сальных желез, который выделяется на поверхность кожи.

Относительно характера жирового перерождения вопрос не выяснен: есть ли это обыкновенное жировое перерождение, или жир образуется из веществ, приносимых кровью и лимфой, благодаря присутствию внутри протоплазмы особых гранул.

Периферический слой клеток железы сидит на стекловидной перепонке (так же как и основной слой эпидермиса и наружного эпителиального влагалища), за которой снаружи следует так же, как и в волосе, соединительнотканная и эластическая сумка с заложенными в ней питающими сосудами. Выводной проток железы образуется многослойным эпителием наружного корневого влагалища. Относительно нервов

железы можно сказать лишь по аналогии с другими подобными образованиями, что, вероятно, они подходят к периферическим клеткам.

Самые большие железы встречаются в коже носа, больших губ, на лобке, мошонке, околососковом кружке и на ушной раковине. Кожа ладоней и подошв и головки члена совершенно лишена сальных желез. (На слизистой оболочке губ и щек нередко встречаются сальные железы в виде желтоватых узелков величиной с булавочную головку).

Развитие сальных желез, равно как и волос, особенно происходит в периоде *pubertatis*. Поэтому и аномалии деятельности сальных желез особенно часто наблюдаются в этом возрасте.

Отделяемое сальных желез содержит жиры: олеин (жидкий) и пальмитин (более твердый), жирные мыла и холестерин, белки и неизвестные [еще экстрактивные вещества. Из неорганических преобладают фосфорнокислые соли, а хлористые содержатся в ничтожном количестве. Под микроскопом можно видеть железистые клетки, наполненные жиром, свободные жировые капли и кристаллы холестерина. По Лейбушеру, выделяется жира со всей кожи в течение недели 100 г, а у некоторых до 300 г. Наибольшее жира на носовых крыльях, подбородке, ушных раковинах. Несколько меньше на лбу, щеках, спине, лобке. Еще меньше на затылке, груди и плечах (Арнозан). У детей и стариков жира выделяется мало, в периоде *pubertatis* много. Жирная пища увеличивает количество выделения. При патологически увеличенном отделении сальных желез в одних случаях кожа представляется лоснящейся, волосы жирными, словно облитыми маслом (*seborrhoea oleosa*), в других случаях, когда присоединяется отшелушивание роговых чешуек, жирная кожа (обыкновенно *capilliti*) покрыта большим количеством «перхоти» (*seborrhoea sicca*). При скоплении и задержке жира в выводном протоке получается *comedo*, *milium* и *acne*.

При уменьшении и отсутствии жира, что бывает при *xerosis*, *ichthyosis*, *prurigo*, *xeroderma pigmentosum*, *myxoedema*, *psoriasis*, кожа делается сухой, жесткой, шероховатой и склонной давать надрывы.

Жир кожи исследуется по способу Арнозана, принятому в нашей клинике: кончик иглы, обезжиренный спиртом, трут об исследуемую кожу и затем опускают в воду, в которой плавают мельчайшие кусочки камфоры. Если на игле есть жир, то при приближении ее к кусочкам камфоры последние быстро удаляются, чего не происходит, если на игле нет жира.

Физиологическое назначение жирной смазки состоит в следующем: 1) жир препятствует пропитыванию рогового слоя влагой во влажном воздухе (иначе роговой слой мацерировался бы); 2) в то же время препятствует и высыханию рогового слоя, ограничивая испарение воды с его поверхности; 3) жирная смазка облегчает трение

соприкасающихся поверхностей; 4) сообщает эластичность роговому покрову. На коже, лишенной жира, образуются трещины.

К салным железам относятся также железы наружного слухового прохода и Мейбомиевы железы век, хотя они построены по типу трубчатых желез и сходны, следовательно, с потовыми железами. По типу салных желез построены молочные железы, которые выделяют секрет также довольно богатый жиром (молоко).

Потовые железы (рис. 6), подобно салным, развиваются (на 5 месяце утробной жизни) из образовательного слоя покровного эпителия. Они имеют форму трубки, свернутой в клубок и заложенной (у взрослых) в самой глубокой части дермы и состоящей из одного слоя эпителиальных клеток, имеющих цилиндрическую, коническую или кубовидную форму, с ядром и зернышками в протоплазме. Некоторые из последних состоят из жира и окрашиваются осмиевой кислотой. Снаружи к ним прилегает слой гладких мышечных волокон, идущих косо и спирально, которые при сокращении выжимают содержимое железы; далее, снаружи следует стекловидная перепонка и соединительнотканная и эластическая сумка, очень обильно снабженная сосудами.

Выводной проток железы, выстланный двумя (или более) слоями эпителиальных клеток, снабженный также *membrana propria*, которая составляет непосредственное продолжение стекловидной перепонки покровного эпителия, и не имеющий мускулатуры, подымается вертикально к поверхности кожи, и, лишившись своей *membrana propria*, пробуравливает эпидермис в промежутке между сосочками; здесь он окружен эпителиальными клетками, выполненными элейдином, которые предохраняют окружающий эпидермис (Мальпигиев слой) от действия выделяющегося секрета. Штопоровидный ход выводного протока в эпидермисе, очевидно, имеет целью затруднить доступ внешним вредным агентам (пыль, бактерии).

Пот представляет жидкость малого удельного веса (1,004), щелочной реакции, которая от примеси кислот жирного ряда (муравьиная, уксусная, бутириновая, пропионовая и проч.) может изменяться в кислую. Он содержит воду (97 — 99,5%), неорганические соли — хлористые, сернокислые, фосфорнокислые щелочи и продукты белкового обмена: креатинин, мочевины, аммиак и летучие жирные кислоты (муравьиную, уксусную, придающие специфический запах поту), следы мочевой кислоты, ароматических оксикислот, белка и свободную угольную кислоту. По Ф у н к е, в поте содержится плотных частей до 1,2%; из них: около $\frac{2}{3}$ органических и $\frac{1}{3}$ неорганических. Кроме обычных продуктов обмена веществ, потовые железы способны выделять различные химические вещества, введенные в организм (ртуть, иод, мышьяк, хлороформ и друг.), а также и бактерии (брюшнотифозные, туберкулез-

ные). Этою способностью потовых желез пользуется в широких размерах современная терапия и в частности дерматология, особенно в лечении сифилиса. Работою потовых желез, подобно почкам, организм освобождается от вредных для него химических веществ как вырабатываемых в самом организме, так и поступающих извне с пищей и лекарственными средствами.

Физиология потоотделения. Кожа человека на всем своем протяжении, за исключением *glandis penis*, *praeputii* и края губ, снабжена значительным количеством потовых желез, число которых по Краузе доходит до $2\frac{1}{2}$ миллионов.¹ Но распределение желез неравномерное: некоторые участки кожи, а именно ладони, подошвы, подмышечные впадины, паховые области и окружности сосков снабжены особенно большим количеством их, причем и самые железы в означенных местах отличаются своей особенной величиной. Патологические изменения в потоотделении прежде всего и с особенной рельефностью выражаются именно в вышеуказанных местах.

Необходимо обратить внимание на снабжение потовых желез кровью. В соединительнотканной сумке потовой железы заложена богатая сеть артерий, образующих чудную сеть (*rete mirabile*), т. е., артериальный ствол распадается на сеть мелких артерий, которые снова соединяются в артериальный ствол, и уже этот последний переходит в капилляры, а те, в свою очередь, переходят в вены. Такое устройство сосудистой системы аналогично устройству ее в другом выделительном органе, в мальпигиевых клубочках почек (Брюкке). Обильная сеть артериальных сосудов, оплетающая потовую железу и отделенная от элементов ее только стекловидной перепонкою и слоем гладких мышц, обуславливает возможность обильной трансудации (суточное количество пота 560 см³ по Вериху и 700—900 см³ по Оберу) и объясняет нам те огромные количества пота, которые можно получать после некоторых потогонных процедур, каковы, напр., грязевые ванны (до 3000 см³).

Потовые железы, так обильно снабжаемые кровью, очевидно, ведут свою деятельность в связи с известными условиями кровообращения. Уже одно присутствие чудной сети указывает на необходимость повышенного давления крови для деятельности потовых желез. Точно также и повышение давления во всей артериальной системе при усиленной деятельности сердца, при увеличении препятствий для тока крови в периферических сосудах, как то бывает, напр., при мышечной работе, сопровождается, как известно, усиленным потоотделением. Общеизвестный факт потения при одновременном покраснении кожи

¹ На 1 см² ладони 373 потовых железы, подошвы 366, тыла кистей 293, шеи 178, лба 172, передней поверхности туловища и на предплечьях 155, тыла стопы 126, бедер и голени 79, спины и ягодицы 57.

напр., в жаркой атмосфере) также указывает на тесную связь пототделения с приливом крови к потовым железам. Наконец, в ряде патологических случаев мы видим, что больные, у которых сосудистые рефлексы кожи сильно повышены, так что даже ничтожное трение кожи вызывает сильное расширение сосудов и гиперемию, в то же время отличаются и значительно повышенной деятельностью потовых желез.

Вышеуказанная связь между состоянием сосудистой системы и пототделением настолько бросается в глаза, что невольно можно принять известное состояние сосудистой системы за причину пототделения.

Однако, ряд других фактов говорит о том, что кроме указанного фактора существует еще и другой. Так, всем известно, что значительное пототделение может появиться на совершенно бледной коже, сосуды которой, следовательно, не только не расширены, а наоборот сужены. Так бывает, напр., при душевных аффектах (испуг). Далее, раздражение периферического конца перерезанного нерва (*n. ischiadicus* у кошки) вызывает пототделение на коже конечности не только при целостности сосудов, но и после полной перерезке их при ампутации (хотя и в сравнительно меньшей степени).

Эти факты ясно указывают на то, что деятельность потовых желез не стоит в необходимой и исключительной зависимости от определенных условий кровообращения, но что оно зависит непосредственно от нервного влияния, которое заставляет потовую железу проявлять свою деятельность при вполне противоположных состояниях сосудистой системы.

Далее, оказывается, что пототделение стоит в зависимости именно от центральной нервной системы. Если животное, у которого перерезан *n. ischiadicus*, поместить в воздушную баню, то вся кожа его потеет, кроме конечности, в которой перерезан нервный ствол. Очевидно, что потовые железы возбуждаются со стороны центральной нервной системы и те из них, к которым нервный импульс со стороны центральной нервной системы не может передаться вследствие перерезки нерва, остаются в бездейственном состоянии.

Из ряда экспериментов на животных выяснилось до известной степени положение потовых центров и ход потовых нервов. Так, нервные центры для нижних конечностей лежат в нижней части грудного и верхней части поясничного отдела спинного мозга (Вульпиан, Максимов, Навроцкий, Остроумов). Пототделительные волокна из этих центров идут через передние корешки и переходят частью в *n. ischiadicus*, а частью через *rami communicantes* в брюшной отдел симпатического нерва.

Для верхних конечностей пототделительный центр лежит в нижней половине шейной части спинного мозга, а пототделительные волокна

идут частью в *p. ulnaris* и *medianus*, частью через *rami communicantes* в грудную часть симпатического нерва.

Потовые волокна для кожи лица исходят из верхнего грудного отдела *p. sympathici*, идут через *ganglion stellatum*, поднимаются по шейной части *p. sympathici* и затем присоединяются к ветвям *p. trigemini*.

Кроме частных центров спинного мозга существует еще главный потоотделительный центр в *corpus subthalamicum*.

Итак, несомненно, деятельность потовых желез стоит под непосредственным влиянием нервной системы. Аномалии потоотделения (*hyperhidrosis*—усиленное, *anidrosis*—уменьшенное потоотделение) зависят, главным образом, от заболевания нервной системы. Особенно убедительным доказательством такой зависимости служат случаи одностороннего усиленного потоотделения или двухстороннего в области распространения нервов, выходящих из определенных сегментов спинного мозга.

Потоотделение преследует две цели:

1. Регуляцию тепла путем охлаждения кожи вследствие испарения воды с поверхности ее, причем поглощается большое количество тепла (скрытая теплота образования пара).

2. Выделение вредных веществ из организма. В этом отношении потовые железы имеют тесную связь с почками. На это указывают уже присутствие в поте продуктов белкового обмена (мочевина, креатинин, аммиак и др.). Еще более указывают на это опыты с задержкой выделения пота (см. ниже о лакировании кожи), причем в коже находят кристаллы фосфорнокислой аммиак-магнезии и летучую щелочь. Но особенно ценны клинические данные. Общеизвестно, что при обильном потении количество мочи уменьшается. В теплое время года почки отдыхают, а кожа усиленно работает, в холодное время — наоборот. Кожа, в исключительных случаях, может даже брать на себя почти всю работу почек. Так, некоторые авторы (*Henoch, Deininger, Biermer, Pisan, Miller*) наблюдали 7—13-дневную анурию при хорошем самочувствии больных. При этом в одном случае (*Deininger*) наблюдалось большое количество мочевины, выкристаллизовавшейся на поверхности кожи. Тесная связь между деятельностью почек и кожи служит основанием для терапии почечных заболеваний, в которой видную роль играют средства, усиливающие потоотделение (теплые ванны, теплый и сухой климат).

Соединительнотканная основа кожи.

Соединительнотканная основа кожи (рис. 6, 8) представляет ту основную ткань, происходящую из среднего зародышевого листка, которая с одной стороны соединена с лежащими под кожей фасциями, а с другой — покровным эпителием и в которую погружены

производные последнего (волосы и железы). Она содержит кровеносные сосуды, которые служат для питания лишенных их эпителиальных образований, и поэтому заболевание ее отражается на жизни эпителия. Она несет также нервы, из которых одни направляются к эпителию, а другие в ней же и оканчиваются.

В первые месяцы эмбриональной жизни соединительнотканная часть кожи состоит из скученных округлых клеток; в конце 2-го месяца она уже отделяется от покровного эпителия стекловидной оболочкой и в ней появляются волокна. На 3-м месяце она дифференцируется на собственно кожу и подкожную клетчатку; в последней образуются скопления круглых клеток — будущие жировые дольки. На 6-м месяце гладкие контуры ее изменяются в волнообразные, вследствие взаимного врастания эпителия в соединительнотканную часть кожи и сосочков в эпителий.

Соединительная ткань в коже, как и везде, состоит из двух морфологических элементов: клеток в малом количестве и волокон в очень большом количестве. Различные свойства и расположение клеток и волокон на различной глубине кожи обуславливают разделение соединительнотканной основы кожи на две части: глубокую — подкожную жировую клетчатку и поверхностную — собственно кожу.

Подкожная жировая клетчатка непосредственно связана с фасцией соединительнотканными шнурами (*retinaculae cutis*). От длины и плотности последних зависит большая или меньшая подвижность кожи. Подкожная клетчатка состоит из рыхлых волокон, между которыми заложены дольчатые скопления жировых клеток, т. е. клеток, протоплазма которых вся или почти вся превратилась в жир, причем ядро оттеснено к периферии — к оболочке клетки.

Сильное развитие подкожной клетчатки уменьшает подвижность кожи, малое или отсутствие ее — наоборот, увеличивает подвижность. У толстых трудно оттянуть кожу в складку, у худых — легко. Не имеют подкожной клетчатки веки и крайняя плоть. Мало ее в ушных раковинах (кроме завитка), коже носа, красной кайме губ и мошонке (в последней она заменяется слоем гладких мышц — *tunica dartos*).

Физиологическое назначение жировой ткани состоит в том, что, обладая малой теплопроводностью, она предохраняет организм от чрезмерного охлаждения, а будучи рыхлой и мягкой, в значительной степени умеряет влияние внешних механических инсультов. Она особенно развивается именно в тех участках, которые всего более подвергаются давлению: ладони, подошвы и ягодицы. Равным образом она служит защитой для крупных нервных и сосудистых стволов (в подмышечных впадинах, в подколенных и в окружности бедренных сосудов). Наконец, подкожная клетчатка служит для организма запасным магазином, в который организм, при более благоприятных условиях,

откладывает запасный материал для питания и пользуется им в тяжелые периоды своей жизни. Так, при продолжительных лихорадочных процессах организм поддерживает свое существование отложенным жиром. Но накопление жира должно быть умеренным, иначе получается *adipositas*, обуславливающаяся трофическим расстройством, при котором процесс окисления ослаблен, и потому жиры пищи не сгорают, а отлагаются в тканях; равным образом углеводы и белки не доходят до окончательных продуктов окисления, останавливаясь на стадии жира. Наконец,



Рис. 11. Линии Лангера.

подкожная клетчатка придает телу округлость форм и, в известной степени, обуславливает характерные черты лица.

Собственно кожа — *corium* по своему соединительнотканному волокон также разделяется на глубокую — *pars reticularis* и поверхностную часть — *pars papillaris*.

Pars reticularis состоит из толстых волокон, имеющих большую частью направление, параллельное поверхности кожи, и образующих взаимным пересечением грубопетлистую сеть с ромбическими промежутками. Лишь некоторые пучки поднимаются вертикально, входят в *pars papillaris*, где и распадаются на тонкие волоконца.

Соединительнотканное волокно, в общем, представляет известную правильность в своем направлении. Это доказывается тем, что места уколов кожи, сделанных круглым острым инструментом, по извлечении последнего, имеют вид не кружков, а линий, идущих в определенном направлении (линии Лангера), и лишь в немногих участках получается на месте укола фигура треугольника, где, повидимому, волокна не держатся одного определенного направления. Очевидно, при уколе большинство волокон не разрываются, они лишь раздвигаются, а по извлечении инструмента снова сокращаются и сдвигаются. Поэтому круглая рана делается линейной.

По направлению линий Лангера (рис. 11) можно судить и о направлении волокон кожи. На туловище волокна от задней средней линии, на протяжении шейных и большей части грудных позвонков, идут поперечно к передней средней линии груди, немного спускаясь книзу на задней поверхности туловища и затем немного поднимаясь кверху на передней поверхности. Далее, начинающиеся книзу, в области нижних грудных позвонков, имеют сначала прямо поперечное направление, но, переходя на живот, принимают нисходящее косое направление.

На конечностях верхних и нижних волокна идут косо по длиннику конечности, исключая суставы, где они принимают круговое направление.

На голове, на затылке до макушки, волокна идут от средней линии поперечно, а от макушки расходятся вперед, вправо и влево. На лице они следуют ходу мышц, обуславливающих мимику.

Описанное расположение соединительнотканых (и вероятно, и эластических) волокон имеет следующее практическое значение: 1) кожа сильнее растягивается в направлении перпендикулярном ходу волокон; это направление предпочтительнее избирать при массаже-растяжении кожи, 2) чтобы получить наименее заметный рубец, разрезы кожи нужно делать параллельно ходу волокон.

Pars papillaris состоит из тонких волоконцев, пересекающихся в различных направлениях и образующих густое сплетение, подобное войлоку, а в верхней своей части она образует возвышения — сосочки, отделенные друг от друга вышеописанными межсосочковыми продолжениями эпителия. Сосочки имеют различную вышину и толщину на различных частях тела; особенно они развиты на ладонях, на грудном соске и малых половых губах. В значительной степени увеличивая поверхность соединительнотканной основы кожи, сосочки способствуют более близкому соприкосновению покровного эпителия с соединительнотканым слоем кожи, заключающим в себе сосуды и нервы.

Соединительнотканная основа везде резко отделяется от эпителия как покровного, так и производных его (волос и желез) вышеописанной стекловидной (основной) перепонкой, причем в окружности желез и волос она уплотняется, волокна получают более правильное расположение: внутренние — круговое, наружные — продольное; количество сосудов в ней увеличивается. Это — так называемые соединительнотканые сумки волос и желез.

Эластическая ткань.

Кроме соединительной ткани, кожа имеет еще эластическую ткань (рис. 12). Эта последняя состоит из эластических волокон, оплетающих соединительнотканые волокна, а равно и все эпителиальные образования кожи. Общее распределение эластических волокон представляется в таком виде: от надфасциальной эластической сети отходят толстые волокна, направляющиеся перпендикулярно в подкожную клетчатку, где одна часть их оплетает жировые дольки, устраивая для каждой как бы плетеную корзину, а другая проходит в *corium*. Здесь толстые эластические волокна распадаются в густую сеть более тонких волокон, имеющих сначала направление параллельное поверхности кожи, а затем принимающих перпендикулярное направление. В *corium*

эластические волокна оплетают соединительнотканые пучки, образуют эластические сумки около волос, сальных и потовых желез и протоков последних, а также сухожилия *m. m. erectorum pilorum*. Истончаясь постепенно по направлению к поверхности, они образуют под сосочками так называемую подэпителиальную сеть, идущую в виде гирлянды у основания сосочков и вблизи межсосочковых эпителиальных продолжений.

От этой сети отходят тонкие волокна, направляющиеся в сосочки, достигающие до основной перепонки.¹ Эластические волокна участвуют в образовании стенок сосудов.

Благодаря обилию эластической ткани, кожа способна после растяжения или давления снова приходить в прежнее состояние, что особенно важно в окружности суставов, а также для крайней плоти, где кожа часто подвергается сильному растяжению, также на ладонях и подошвах, подвергающихся сильному давлению. Поэтому на означенных местах эластическая ткань особенно развита: именно, в области суставов и в крайней плоти, преимущественно в собственно коже, так как здесь растяжение действует в направлении поверхности кожи, а на ладонях и подошвах преимущественно развита подэпителиальная сеть и волокна, идущие от нее в сосочки, так как здесь давление действует, главным образом, на последние в перпендикулярном направлении, и для выпрямления сжатых сосочков требуется и наиболее сильно развитая эластическая ткань.

Для волос, сальных и потовых желез оплетающие их эластические сумки служат защитительным покровом от механических влияний, а также способствуют выпрямлению их после произведенного на кожу давления. Эластические волокна, заложенные в сумках сальных и потовых желез, противодействуют растяжению полости желез скопляющимся салом и потом. Эластические волокна, зало-

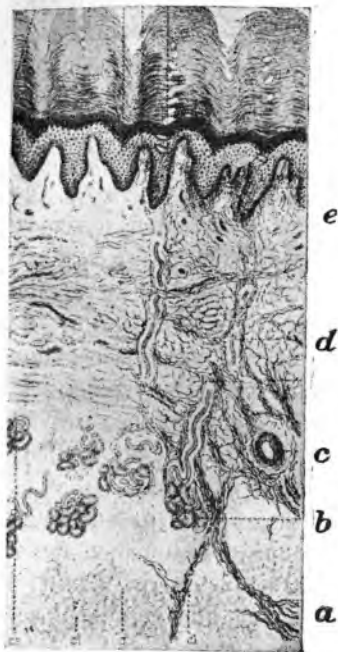


Рис. 12. Эластические волокна. а — эластические волокна в под-
кожной клетчатке, б — около
потовых желез, с — в сосудах,
d — около выходных протоков
потовых желез, е — подэпите-
лиальная эластическая сеть.
(Besnier.)

¹ По некоторым авторам, они соединяются с отростками *membranae basillaris* (Nekam) и входят даже в начальные слои эпителия между клетками последнего (Schutz, Secchi), а равно и в наружное влагалище волоса (Secchi).

женные в стенках артерий и вен, способствуют более быстрому сужению просвета сосудов после временного растяжения увеличенным притоком крови, а также противодействуют чрезмерному переполнению их.

Свойство кожи, известное под именем эластичности, о котором мы судим по скорости выправления образованной складки, обуславливается именно правильным развитием эластической ткани, хотя необходимо оговориться, что эластичностью в известной степени обладают также и все другие живые ткани и элементы их. При заболевании эластической ткани утрачивается и эластичность кожи, и это выражается клинически тем, что образованная складка надолго остается нерасправленной. Примером может служить старческая кожа, в которой эластические волокна подвергаются истончению и распадению.

Мышцы кожи.

Поперечнополосатые мышцы вплетаются в кожу лица: лба, щек, губ, подбородка. Это — мимические мышцы: *m. m. frontalis, corrugator supercilii, orbicularis oculi, procerus, quadratus labii superioris, zygomaticus, caninus, rizzorius, triangularis, mentalis*. Благодаря этим мышцам кожа действует в мимике — выражении душевных движений.

В соединительнотканной основе кожи заложены также гладкие мышцы, которые: 1) входят в состав оболочки кровеносных и лимфатических сосудов, а также потовых желез; 2) в некоторых областях, каковы кожа мошонки (*tunica dartos*) и грудного соска, в большом количестве залегают в собственно коже и подкожной клетчатке, образуя самостоятельный мышечный слой; 3) наконец, образуют особую систему в окружности волос — *m. m. errectores pilorum* (рис. 6, 8). Последние располагаются против тупого угла, образуемого с поверхностью кожи всегда косо сидящими волосами. Сухожилие их состоит из эластических волокон: нижний конец его вплетается в эластическую сумку волоса, а верхний — в эластические волокна подсосочковой области. Эти мышцы при своем сокращении выпрямляют волосы, вследствие чего кожа данного участка делается шероховатой («гусиная кожа», «*cutis anserina*»). Кроме того, сокращение эластических сухожилий влияет на весь эластический остов кожи, волокна которого взаимно соединены между собой. Поэтому получается сокращение всей кожи данного участка, а вследствие этого и сжатие сосудов ее, что способствует току крови и лимфы.

Физиологическое значение мышц кожи состоит в том, что они, при своем сокращении, способствуют движению крови и лимфы, а также выведению наружу секрета сальных и потовых желез.

Лишены мышц ресницы, волосы надбровных дуг, губ, внутри носа и подмышечных впадин.

Мышечно-волосковый рефлекс.

Мышечно-волосковый рефлекс¹ вызывается при легком проведении по коже (на груди и спине отчетливее) шпателью или ногтем, причем по линии раздражения получается шероховатость, обусловленная маленькими возвышениями — папулками. Явление держится несколько секунд (5—10) и проходит бесследно. Быстро следующие друг за другом повторные раздражения одного и того же участка кожи вызывают более слабый рефлекс, который, наконец, и совсем не вызывается вследствие утомления мышц.

Ненормальный рефлекс выражается двояким путем:

1. Повышенный мышечно-волосковый рефлекс отличается большой распространенностью, не ограничиваясь линией раздражения, а распространяясь на большую поверхность груди или спины. Такое явление нужно считать патологическим. Оно зависит от повышенной чувствительности симпатической нервной системы, заведующей сокращением названных мышц.

2. В других случаях наблюдается отсутствие мышечно-волоскового рефлекса (конечно, не у маленьких детей, у которых волосы и мышцы еще слабо развиты), что указывает на слабость симпатической нервной системы и на пониженную жизнедеятельность кожи.

Кроме механического раздражения, описываемый рефлекс вызывается влиянием холода и электрического тока. У некоторых лиц можно наблюдать, тотчас после снятия белья, что вся кожа их покрывается массой мельчайших возвышений, напоминая собою терку. Также по проведению катушкой фарадического тока появляется гусиная кожа. Указанными деятелями — холодом и электрическим током — мы пользуемся для возбуждения ослабленных волосковых мышц, рассчитывая тем самым повлиять и на кровообращение, с целью улучшить питание и жизнедеятельность кожи.

Кроме внешних влияний, на описываемые мышцы действуют психические аффекты и некоторые химические вещества. Так, при испуге волосы поднимаются. При лихорадочном ознобе вся кожа делается шероховатой, вероятно, вследствие влияния на волосковые мышцы вырабатывающихся токсических веществ. Точно так же некоторые алкалоиды, как пилокарпин, возбуждают гладкие мышцы кожи, что видно как из клинических (Jasquet), так и экспериментальных (Vignolo-Lutati) наблюдений.

¹ П. В. Никольский. Мышечно-волосковый рефлекс и его значение в дерматологии. «Медиц. мысль», 1923, № 7—8.

Сосуды кожи (рис. 6).

Артерии, питающие кожу, представляют собою кожные или мышечно-кожные ветви больших артериальных стволов. Они входят в подкожную клетчатку в вертикальном направлении и здесь дают веточки, питающие нижнюю часть подкожной клетчатки, а далее, на границе последней и собственно кожи, соединяются анастомозами в подкожную артериальную сеть. От последней отходят: 1) вниз — веточки, питающие верхнюю часть подкожной клетчатки, и веточки к волосным сосочкам и потовым железам; 2) вверх — более крупные ветки, проходящие вертикально через *pars reticularis* к *pars papillaris*, где, анастомозируя, они образуют вторую подсосочковую артериальную сеть. Из последней выходят: 1) вниз — ветви к сумкам волос, сальных желез, выводных протоков потовых желез и к волосковым мышцам; 2) вверх — сосочковые сосуды — маленькие артерии, переходящие в капилляры. Последние, змееобразно извиваясь у вершины сосочков, переходят в вены.

Капилляры сосочков имеют значение для дыхательной функции кожи, так как они отделяются от атмосферного воздуха лишь несколькими соединительнотканными и эластическими волокнами и надкожицей. Они сходны, до некоторой степени, с капиллярами легочных пузырьков. Но само собой понятно, что обмен газов в последних происходит гораздо легче, так как они отделены от атмосферного воздуха лишь одним слоем нежного легочного эпителия.

Вены идут вместе с артериями и также образуют подкожную и подсосочковую сеть, но кроме того между последними еще две ясно заметные сети.

Лимфатические сосуды начинаются слепыми мешками или трубками в верхней трети сосочков и в дальнейшем ходе книзу образуют подсосочковую и подкожную сети. Тонкие стенки их, выстланные эндотелием, имеют отверстия, сообщающиеся с соконосными межтканевыми канальцами, которыми обильно снабжена соединительнотканная строма, равно как и все эпителиальные образования кожи. Соконосные канальцы едва заметны в нормальной ткани, но резко бросаются в глаза при отеке кожи и также при местных заболеваниях лимфатической системы (*lymphangioma*, *sarcoma cutis diopaticum pigmentosum* и пр.). Огромное скопление жидкости в отечных конечностях ясно показывает, как сильно могут расширяться лимфатические пространства в коже.

Единственно при помощи лимфатических щелей происходит питание всех эпителиальных образований, лишенных кровеносной системы, равно как и удаление из них продуктов метаморфоза.

Вышеуказанное анатомическое разделение сосудов кожи на отдельные, до известной степени независимые друг от друга, системы объясняет нам часто наблюдаемое при болезнях кожи изолированное расстройство кровообращения. Так, напр., при *sycosis* кровообращение расстраивается в системе волосяных сумок, при *acne vulgaris* — в системе сумок сальных желез; при *psoriasis* расстройство кровообращения касается лишь верхних ветвей подсосочковой сети.

Сосуды кожи имеют огромное физиологическое значение в регулировании отдачи тепла: притекающая к ним кровь приносит большое количество тепла, которое сообщается надкожице и с поверхности ее отдается наружному воздуху путем проведения, лучеиспускания и испарения; охлажденная кровь снова направляется во внутренние органы. Чем больше расширены сосуды кожи, тем больше происходит отдачи тепла, — и наоборот. В сильно нагретом воздухе кожа делается красной, — организм старается освободиться от избытка тепла; в холодном воздухе кожа бледна, сосуды сужены, — организм стремится оградить себя от излишней потери тепла. Для обеспечения правильной деятельности столь важной функции необходимо, чтобы сосуды кожи и их вазомоторы были нормальны, т. е. чтобы они с известной определенной энергией отвечали сужением на охлаждение кожи и расширением на согревание ее; в противном случае получается расстройство в общей экономии организма и в отдельных органах (простудные заболевания).

Сосудодвигательные рефлексы кожи. Сосуды кожи отвечают на раздражения наружные (механические, химические и температурные) и внутренние (токсические вещества и влияние нервной системы, особенно душевных движений) сужением и расширением. Так, от холода сосуды сокращаются, от тепла расширяются; от токсинов болотной лихорадки сначала суживаются (озноб), потом расширяются (потение). При душевных движениях сосудодвигательные рефлексы кожи вернее определяют душевное состояние,¹ чем мимика лица, которая, проявляясь действием мышц, подчиненных воле, может быть и фальшивой. Эту роль сосудистой реакции кожи вполне оценила этическая и художественная литература, а также и юридическая практика.

Так, покраснение лица вызывается:

а) Чувством стыда от сознания преступления. Составилась поговорка: «лжет и не краснеет». Пророк Иеремия (IV, 15), обличая израильтян в пороках, восклицает: «Стыдятся ли они, делая мерзости? Нет, нисколько не стыдятся и не краснеют». В юридической практике, при допросе преступников, краска лица может иметь значение.

¹ П. В. Никольский. Влияние душевной деятельности на кожу. Варшава. 1910.

б) Стыдливостью и застенчивостью. Есть «застенчивые» лица, которые при всяком вопросе, обращенном к ним, краснеют.

в) Оскорблением женской чести:

И ласкал он меня, целовал меня;
На щеках моих и теперь горят,
Живым пламенем разливаются
Поцелуи его окаянные.
И смотрели в калитку соседки,
Смеючись на нас пальцем показывали.

(Дермонтов. Песня про царя Ивана Васильевича, молодого опричника и удалого купца Калашникова);

г) Чувством радости, восторга, любви:

Пусть пылает лицо
Как поутру зоря,
Пусть сияет любовь
На устах у тебя.

(Кольцов. Последний поцелуй.)

В противоположность положительным чувствам, действующим на сосудорасширители, отрицательные чувства, каковы страх, ужас, печаль, вызывают побледнение:

И услышав то, Кирибеевич
Побледнел в лице, как осенний снег.

(Дермонтов. Цитировано выше.)

При быстрой смене разнообразных чувств краснота может сменяться бледностью:

Вмиг огнем лицо все вспыхнуло,
Белым снегом перекрылося.
И рыдая, как безумная,
На груди моей повиснула.

(Кольцов. Разлука.)

Сосудодвигательные рефлексy играют большую роль в регуляции тепла, о чем речь будет впереди, и в терапии. Целый ряд лечебных методов основан на сосудистой реакции кожи. Так, лечение холодом (холодные обертывания, души, ванны) основано на том, что сосуды кожи вначале суживаются, а затем расширяются. Лечение теплом (горячие ванны, водяные, суховоздушные, души и проч.) основано на раздражении теплом сосудорасширителей.

Для исследования сосудодвигательных рефлексy обыкновенно применяется механическое раздражение путем легкого проведения по коже шпательом или ногтем.

При *нормальной реакции* после такого раздражения почти тотчас (если бывает скрытый период, то не более 5 сек.) получается неинтенсивная красная полоска, бесследно исчезающая через 1 — 3 мин.

В некоторых случаях красная полоска сменяется белой, также скоро проходящей. Последний вид реакции можно назвать смешанной реакцией.

В дерматологической практике нередко наблюдаются *ненормальные реакции*: красный дермографизм, белый дермографизм и отсутствие всякой реакции.

При красном дермографизме красная полоса резкая, держится долго; иногда краснота разливается по окружности; иногда красная полоса делается возвышенной (красный возвышенный дермографизм, *urticaria factitia*, рис. 13), и в таком виде держится



Рис. 13. *Dermographismus ruber elevatus*.

многие часы. Явление объясняется сильной возбудимостью сосудорасширяющих центров и нервов.

При красном дермографизме, особенно при высшей степени его — возвышенном дермографизме, реакция кожи на различные раздражения бывает очень резкой. Иногда таким лицам достаточно умыться холодной водой, чтобы лицо надолго покраснело. Душевные переживания оказывают сильное действие. Даже страх, как мы видели, обычно вызывающий побледнение, здесь вызывает красноту лица.

Резким красным дермографизмом объясняется тот «знак сатаны», который находили в средние века у колдунов, ударяя по коже рукой и получая красный возвышенный отпечаток ладони и пальцев. Есть основание думать, что пузыри при внушении получают преимущественно на коже, представляющей красный дермографизм.

В клиническом отношении красный дермографизм указывает на повышенную возбудимость нервной системы (при истерии, неврастении, *tabes*, *pachimeningitis*, *sclerosis disseminata*, прогрессирующем параличе).

Причину красного дермографизма видят в засорении организма токсинами: при болезнях почек, печени, при ревматизме, подагре, диабете, туберкулезе, инфлюэнце, пuerперальном процессе, бленнорее, зобе, при токсинах кишечника. Внутренняя секреция яичников, яичек также способствует проявлению красного дермографизма. Красный дермографизм считается признаком ваготонии.

В области дерматологии он нередко встречается при *eczema acutum et subacutum*, при *psoriasis*, *erythema exsudativum*, *herpes zoster*, но обычно сопровождается крапивницей. Интересно, что у маленьких детей крапивница переходит в чесотку, и вместе с тем красный дермографизм сменяется белым.

Практика показывает, что описываемая реакция поддерживает существующие кожные болезни или даже, может быть, является иногда и причиной их. Поэтому мы должны стремиться привести кожу к нормальной реакции, помимо влияния на вышеуказанные болезни (ревматизм и проч.), путем применения сосудосуживающих средств (*secale cornutum*, *adrenalinum*, *extractum fluidum hydrastis canadensis*) и влияющих на кишечник (послабляющие и дезинфицирующие).

В обще-терапевтическом отношении описываемая кожа очень удобна для применения наружных сосудорасширяющих способов лечения (банки В и ра. всевозможные тепловые процедуры), так как она легко и сильно краснеет. Но с другой стороны, эти раздражающие средства легко могут вызывать перераздражение кожи в форме эритемы, экземы, дерматитов. Это нужно иметь в виду при назначении горчичников, мушек, массажа, солевых, серных, грязевых ванн и пр.

При белом дермографизме после скрытого периода в 15—40 секунд получается белая полоса, которая держится 5—10 минут и более. Особенно резко выделяются белые полосы в том случае, когда они получаются на пораженной красной коже (при *erythema*, *eczema*, *dermatitis exfoliativa* и др.). Явление объясняется сильной возбудимостью сосудосуживающих центров и нервов. Такая реакция постоянно наблюдается при чесоте и отслаивающем дерматите.

Не нужно смешивать с белым дермографизмом белемной полоски, зависящей от шелушения рогового слоя, сдвигаемого ногтем или шпателью, что часто бывает на сухой коже. Но эта полоска появляется тотчас после проведения ногтем или шпателью по коже, а полоска белого дермографизма появляется после скрытого периода в 15—40 сек.; полоска от шелушения узкая и точно ограничивается местом раздражения, тогда как полоска белого дермографизма шире полосы раздражения.

Не следует также смешивать с белым дермографизмом возвышенную полосу красного дермографизма, которая иногда, действительно, через некоторое время делается белой. Но это изменение вторичное и легко

объясняется сдавливанием капилляров транссудировавшей жидкостью. Нужно также помнить, что белый дермографизм, по существу явления, не может быть возвышенным.

Кожа при белом дермографизме мало склонна к покраснению. Даже душевные переживания, обычно вызывающие покраснение, здесь иногда передаются побледнением лица. Белый дермографизм также указывает на повышенную возбудимость нервной системы (при истерии, неврастении). Причину его видят также в засорении организма токсинами, влияющими именно на сужение сосудов. Он встречается при различных болезнях (*eczema chronicum*, *psoriasis*), но обычно сопутствует почесухе, *dermatitis exfoliativa adultorum* и *asphyxia extremitatum*; в последних случаях он резко выделяется на красном фоне.

Белый дермографизм считают признаком симпатикотонии.

Практика показывает, что белый дермографизм поддерживает существующие кожные болезни или даже, быть может, является причиной их. Поэтому мы должны стремиться к приведению кожи к нормальной реакции. С этой целью нам служат сосудорасширяющие средства: аспирин, фенацетин, салициловокислый натр, также все тепловые лечебные процедуры (ванны теплые и горячие водяные, суховоздушные, паровые, горячие души).

В обще-терапевтическом отношении, при назначении «отвлекающих» сосудорасширяющих средств (банки Бира, тепловые процедуры), нужно назначать их в сильных приемах, так как кожа при белом дермографизме мало склонна к гиперемии.

Наконец, в некоторых случаях наблюдается отсутствие сосудодвигательных рефлексов (при рыбьей чешуе, в старческой коже и др.). При этом душевные движения могут совсем не отражаться на коже. Сосудорасширяющие средства также мало действуют на такую кожу. Причина — в парезе сосудорасширяющих и сосудосуживающих центров и нервов. Для существующих кожных болезней такое состояние кожи также неблагоприятно и потому здесь нужно стремиться к получению нормальной реакции путем систематического применения сосудорасширяющих средств (аспирин, тепловое лечение).

Наилучшим местом для исследования сосудодвигательных рефлексов представляется кожа груди и спины. Однако, всегда необходимо исследовать и другие области, особенно конечности. Иногда на груди имеется красный дермографизм, а на предплечьях и кистях — белый дермографизм. Особенно это наблюдается при местной асфиксии конечностей. Но и вообще нужно сказать, что на конечностях сосудорасширяющие нервы действуют слабее, а сосудосуживающие сильнее, чем на туловище. Вероятно, это объясняется более открытым положением конечностей и более сильным влиянием охлаждения.

На пораженной красной коже (*eczema*, *erythema exsudativum*, *psoriasis*, *neurodermitis* и проч.) сосудодвигательные рефлексы могут быть в следующем состоянии:

1. По проведении шпателью или ногтем иногда получается более красная полоска. Явление можно толковать таким образом: сосудосжиматели парализованы (паралитическая гиперемия), сосудорасширители возбуждаются и потому получается более красная полоса. Для наружного лечения применимы охлаждающие примочки (из *aquae plumbi*) с целью возбуждения парализованных сосудосжимателей.

2. При механическом раздражении часто бывает — не получается никакой полосы. Вероятно, сосудосжиматели и сосудорасширители парализованы. Для наружного лечения также требуются охлаждающие примочки.

3. При механическом раздражении получают белые полосы. Это указывает на то, что сосудосуживающие нервы действуют сильно и, следовательно, здесь имеется не паралитическая, а тоническая гиперемия (от возбуждения сосудорасширителей). Заметим, что здесь дерматология дает резкое отличие тонической гиперемии от паралитической, чего не может дать общая патология. Для лечения, как показывает практика, здесь требуется тепло, так как холод не переносится и ухудшает болезнь ¹.

Нервы кожи. ²

От видимых при анатомическом исследовании простым глазом крупных нервных стволов, проходящих в глубине подкожной клетчатки и содержащих мякотные и безмякотные (Ремаковские) волокна, отходят в вертикальном направлении к поверхности кожи меньшие стволы, постепенно истончающиеся вследствие деления. Эти стволы ясно отличаются под микроскопом на препаратах кожи, фиксированных осмиевой кислотой, которая окрашивает миалиновое вещество в черный цвет. Каждый ствол представляет собрание большего или меньшего

¹ Подробно о сосудодвигательных рефлексах см. мои работы: Белый дермографизм. Вопросы нервно-психич. медицины. Т. VII, 1902. — Белый дермографизм на красной коже. Обзор. псих., нерв. и эксперим. психологии. 1906. — К вопросу о влиянии углекислых ванн Нарзана на сосудистую реакцию кожи и о значении их в лечении кожных болезней. Русск. врач. 1913. — Сосудодвигательные рефлексы кожи (клинические подробности). Русск. врач. 1916. — О сосудодвигательных рефлексах кожи (клинические заметки с предъявлением больных). Труды медиц. общ. при Варшав. универ. за 1917 г. — Значение сосудодвигательных рефлексов пораженной кожи в терапии кожных болезней. Врачебное дело. 1923. № 21 — 23.

² Нервы и их окончания в коже появляются со второй половины внутриутробной жизни плода. Краузе видел осязательные тельца на 7 мес., Кёлликер и Генле находили Паччиниевы тельца у 6-мес. зародыша (см. гистологию Кёлликера).

количества нервных волокон, заключенных в одну общую соединительнотканную оболочку. Чем выше к поверхности кожи, тем реже встречаются нервы на препаратах из осмиевой кислоты, так как известная часть миелиновых нервов лишается миелина, переходя в нервные окончания, осевой же цилиндр не окрашивается осмиевой кислотой. Поэтому в эпителии, в котором имеются лишь безмякотные волокна, обнаружить последние посредством осмиевой кислоты не удастся. Только со введением в гистологическую технику золота (Конгейм, 1870) и особенно метиленовой синьки (Эрлих, 1886) получилась возможность более тонкого изучения безмякотных нервов и нервных окончаний.

В настоящее время, благодаря работам Ранвье, Конгейма, Эрлиха, Догеля, Лавдовского, Смирнова, Арнштейна, Леонтовича, Тимофеева и др., мы, на основании ясных гистологических картин, имеем право говорить, что кожа человека снабжена огромным количеством нервов и нервных окончаний.



Рис. 14. Клетки Меркеля. а—осевой цилиндр; б—осязательный диск; с—клетки Меркеля.

Нервы кожи относятся к симпатической системе (идущие к железам, мышцам, сосудам) и к цереброспинальной системе (чувствительные нервы).

Отличают два вида окончаний нервов: свободные и в форме особых концевых аппаратов.

Свободные окончания в покровном эпителии между эпителиальными клетками и в соединительнотканной части кожи, в форме голых осевых цилиндров, образуют сети, древовидные фигуры и пуговчовидные окончания. В покровном эпителии они доходят до зернистого слоя.

Нервные концевые аппараты встречаются в следующих формах:

1. Осязательные клетки Меркеля (рис. 14) представляют собою вакуолизированные клетки с резкими контурами и бледным ядром, к поверхности которых прилежат осязательные диски, состоящие из неврофибрилл и соединенные с осевыми цилиндрами. Эти клетки впервые описаны (в эпителии и *corium*) Меркелем (1875), который считал их непосредственными окончаниями нервов, но последние авторы видят здесь лишь тесное соприкосновение.

Нижеописываемые окончания в некотором отношении построены по одному типу и состоят из наружной и внутренней колбы. Наружная колба состоит из соединительнотканной оболочки, представляющих расщепление соединительнотканной оболочки входящего нерва; внутренняя колба, в которую входит голый осевой цилиндр, выполнена зернистой массой и клетками.

2. Тельца Фатер-Паччини (рис. 15) были открыты еще в XVIII столетии Фатером, но об этом открытии забыли, пока Паччини (Paccini) в 1835 г. не дал подробного описания их. Они залегают в подкожной клетчатке и видимы простым глазом в форме мелких округлых зернышек величиною в маленькую булавочную головку. Оболочка их или наружная колба состоит из ряда пластинчатых, выстланных слоем эпителиальных клеток и вложенных одна в другую, капсул. Центральная часть или внутренняя колба выстлана клетками и содержит зернистую массу; в нее входит осевой цилиндр.



Рис. 15. Фатер-Паччиниево тельце. а — внутренняя колба; б — наружная колба; с — голый осевой цилиндр, входящий во внутреннюю колбу.



Рис. 16. Тельца Гольджи-Мадзони из подкожной клетчатки подушечки пальца. а — внутренняя колба; б — наружная колба, с — нервные волокна.

3. Тельца Гольджи-Мадзони (рис. 16) располагаются также в подкожной клетчатке, имеют наружную колбу, также из пластинок, но в меньшем количестве, и широкую внутреннюю с зернистой массой, в которую входит осевой цилиндр, образующий здесь грубую сеть с варикозными утолщениями и концевыми пучками.

4. Тельца Руффини (рис. 17) находятся также в подкожной клетчатке и представляются большими (больше 1 мм) овальными образованиями. Они имеют плотную оболочку, происходящую из генлевской оболочки нерва. Голый осевой цилиндр входит во внутреннюю колбу, где распадается на варикозные ветви, анастомозирующие между собою и оканчивающиеся пучкообразно.

5. Осязательные тельца Мейснера (рис. 18) залегают в сосочках. Они состоят из соединительнотканной оболочки (наружная

колба) с ядрами и из внутренней колбы, содержащей клетки, очень похожие на эпителиальные; некоторые из них имеют вид клеток Меркеля. Во внутреннюю колбу входит голый осевой цилиндр, который вступает в соприкосновение (но не в соединение) с клетками. По Леон-



Рис. 17. Тельце Руффини (Раубер).

тов и чу, Мейснеровы тельца образуются из отшнуровывающихся отростков покровного эпителия.

6. Концевые колбы Краузе (рис. 19) имеют строение, подобное Мейснеровым тельцам, но представляют более округлую форму и располагаются не в сосочках, а под сосочками до подкожной клетчатки. Их особенно много в клиторе и головке члена.

Чувствительность кожи.

Богатое развитие нервов в коже делает ее очень чувствительной



Рис. 18. Мейснерово тельце. а — наружная колба; б — внутренняя; с — осевой цилиндр, входящий во внутреннюю колбу и извивающийся там.



Рис. 19. Концевая колба Краузе. а — голый осевой цилиндр, ветвящийся в широкой внутренней колбе.

ко всем внешним влияниям, вследствие чего кожу с полным правом можно назвать органом чувства. Чувствительность кожи доведена до высокой степени совершенства, особенно в некоторых местах (пальцы, губы). Самое легкое прикосновение к коже пушком, так же как малейшее дотрогивание до волос (волосковая чувствительность), вызывает ощущение прикосновения; самое малое расстояние ножек

циркуля, в 1 мм, вызывает уже, на некоторых местах, двойственное ощущение, а изменение температуры на $0,2^{\circ}$ Ц и тяжести на 2 мг легко доводится до сознания. При систематическом упражнении эта чувствительность еще увеличивается в значительной степени, как это особенно наблюдается у слепых. Таким образом кожа дает нашему сознанию огромное количество разнообразных впечатлений, при помощи которых мы знакомимся со свойствами окружающих предметов, а равно и получаем возможность охранять свой организм от внешних вредных влияний. Последнее, кроме того, достигается и помимо воздействия сознания рефлексом с чувствительных нервов на двигательные (напр., моргание век от пыли), и сосудодвигательные нервы (напр., сокращение сосудов от холода), чем обусловливается правильное распределение крови и лимфы, правильное выделение содержимого желез и регулирование отдачи тепла.

Из только что указанных фактов мы легко можем сделать такой вывод, что кожа является защитительным органом для организма не только потому, что ее верхний роговой пласт представляет прочную броню, но также и потому, что ее чувствительность, вызывая сознательные и рефлекторные движения, охраняет организм от целого ряда возможных расстройств.

Вопрос о том, чем обусловливается разнообразие ощущений, получаемых нами с поверхности кожи, давно интересует гистологов, физиологов, дерматологов и невропатологов. Некоторая разница в строении концевых окончаний, естественно, дает повод ставить в зависимость от нее и разницу в ощущениях. Особенно настойчивая попытка доказать существование специфических нервов и нервных окончаний была сделана Бликсом (Blix), Гольдшейдером (Goldscheider, 1886) и Фрейем (Freu, 1895 — 1896), которые, употребляя очень тонкие медные наконечники при исследовании чувствительности кожи, нашли изолированные точки тепла, холода, давления, боли. Каждая такая точка как бы снабжена специфическими нервами и особыми концевыми аппаратами, раздражение которых, чем бы оно ни производилось, вызывает лишь одно ощущение, соответствующее специфической энергии данных нервов, подобно тому как зрительный нерв на всякое раздражение (напр., удар) отвечает световым ощущением.

По Фрею для поверхностного осязания (ощущение прикосновения) служат Мейснеровы тельца и нервные кольца, охватывающие волосяные мешочки ниже устья протока сальной железы, а для глубокого ощущения (давления) служат Фатер-Пагчиниевы тельца. Осязательных точек на каждый квадратный сантиметр кожи приходится до 25, а на всей коже количество их до полумиллиона.

Для ощущения холода, предполагают, служат колбы Краузе, а для ощущения тепла тельца Руффини.

Холодовых точек на квадратный сантиметр приходится от 6 до 23, а тепловых только 3, на всей коже холодных точек до 250 000, а тепловых только до 30 000.

Болевое ощущение воспринимается свободными окончаниями нервов в эпидермисе, в эпителиальных влагалищах волос и в соединительной ткани.

Болевых точек очень много: на 1 кв. см их содержится до 100 — 200, а на всей поверхности кожи до 2 — 4 миллионов.

Всестороннее исследование чувствительности кожи (ощущение прикосновения, пространственная, температурная, волосковая чувствительность, ощущение зуда, щеколки) имеет большое значение в дерматологии, так как при кожных болезнях нередко наблюдается отклонение ее от нормы. Укажем на нервную форму проказы, клинический диагноз которой основывается, главным образом, на определении анестезированных участков кожи, и на экземе, при которой нередко наблюдается, в различных формах ее, то повышение, то понижение чувствительности.

Общие чувства (ощущения холода, тепла, зуда, щеколки), как думают, передаются Ремаковскими, лишенными миелина, волокнами.

Ощущение холода происходит при совершенно определенных изменениях в коже, а именно: кожа при этом бледна, вследствие спазма сосудов, шероховата (*cutis anserina*), вследствие возбуждения *m. m. errectorum pilorum*. Оно обуславливается как внешним влиянием низкой температуры, так и внутренними причинами — при первом и лихорадочном ознобе, при обильных потерях крови. Во всех указанных случаях, нужно думать, непосредственно вызывающим моментом является обеднение верхних частей кожи кровью, будет ли это зависеть от спазма сосудов при действии внешней температуры или при действии токсических веществ, вырабатываемых лихорадящим организмом, или от общего обеднения организма кровью. Очевидно, Ремаковские окончания кожи очень чувствительны к недостатку крови, который вызывает раздражение их, формирующееся в центрах сознания в особое ощущение холода.

Ощущение тепла и жара происходит при условиях совершенно противоположных: кожа при этом красна, богата кровью. Избыток крови, очевидно, вызывает раздражение тех же окончаний, но в противоположном направлении, причем в сознании получается особое ощущение тепла и жара.

Зуд (*pruritus*) представляет особое субъективное ощущение, относящееся к общим чувствам вместе с чувством боли, холода, жара. Характерным симптомом этого субъективного ощущения является вызываемое им желание чесать зудящий участок кожи, желание, совершенно отсутствующее при других ненормальных общих чувствах, как-то: боли, холода, жара, которые, однако, нередко являются одновременно с зудом.

Что касается вопроса, в каких именно слоях кожи или слизистой оболочки происходит это ощущение, то мы имеем факты, говорящие об участии покровного эпителия. Так, чесоточный клещ, вызывающий зуд, роет ходы в роговом слое, доходя до стекловидного и зернистого слоев. Гистологические данные указывают на то, что нервные окончания доходят до зернистого слоя. Следовательно, чесоточный клещ несомненно раздражает самые поверхностные нервные окончания. Равным образом, раздражению последних нужно приписать зуд, вызываемый ползанием по поверхности различных насекомых — блох, клопов, вшей.

Правда, зуд сопутствует таким морфологическим элементам, как папулы при *lichen ruber*, представляющие инфильтрат в *corium*, или при *urticaria*, где имеется отек сосочков. Однако, нужно сказать, что и при этих морфологических элементах эпителиальный слой кожи не остается неизменным: при *lichen ruber* в нем наблюдается неправильность ороговения, при *urticaria* отек не ограничивается сосочками, но захватывает и Мальпигиев слой.

Зуд бывает также в язвах, которые, конечно, лишены эпителиального покрова, но интересно то, что здесь он обыкновенно является при заживлении их, т. е., когда язвы начинают покрываться, хотя бы по местам, эпителиальным покровом.

Таким образом, несомненно, что в происхождении зуда принимают участие нервные окончания эпителиального покрова.

Зуд может зависеть от внешних раздражений (*scabies*, *phthyriasis*), от раздражения нервных окончаний ненормальными веществами крови и лимфы (при желтухе, диабете, тучности, мочекишлом диатезе), при нарушениях внутренней секреции; при некоторых опухолях, как напр., опухолях лимфатических желез (лейкемия и псевдолейкемия); может быть и центрального происхождения.¹

Ощущение щекотки вызывается самым легким штриховым раздражением и нередко обнаруживается смехом. Иногда оно бывает настолько сильным, что нельзя дотронуться до кожи больного, нельзя даже произвести исследования, напр., ощупывание живота.

Кожа при помощи своих многочисленных нервов и через посредство центральной нервной системы имеет связь со всеми внутренними органами. Приэтом, как показывают исследования Хела (Head) и др., определенные участки кожи находятся в особенно тесной связи с определенными органами. Это доказывается тем, что при заболевании этих органов повышается болевая чувствительность в соответственных участках кожи. Нужно думать, что нервы тех и других проходят через один и тот же сегмент спинного мозга. Из таблиц, представленных Хелом, можно видеть, что при болезнях сердца и легких наблюдается

¹ Подробно о зуде см. далее в главе о кожном зуде.
Болезни кожи.

повышение болевой чувствительности кожи шеи, груди, верхней части живота и спины в области шейных и грудных позвонков, при заболеваниях желудка — в коже верхней половины живота и спины на уровне нижних грудных позвонков, при болезнях кишок — в нижней половине живота и области поясничных позвонков при болезнях прямой кишки и слизистой оболочки мочевого пузыря — во внутренних частях ягодиц и в верхне-задних частях бедер и пр.

Анатомические и физиологические особенности некоторых областей кожи.

Кожа волосистой части головы обильно снабжена волосами и сальными железами, почему расположена к seborrhoea и alopecia. Треугольных и ромбических полей не заметно даже на оголенном черепе. Сосудодвигательные рефлексы можно наблюдать лишь на оголенных участках; вообще они вызываются далеко не всегда. Кожа отличается большой подвижностью, что делает удобным, в соответствующих случаях (alopecia и др.), применение массажа-растяжения.

Кожа лица содержит большое количество влетающих в нее поперечнополосатых мимических мышц, что делает ее очень подвижной и способствует притоку крови к ней. Акт жевания также отражается на коже лица повышением температуры и приливом крови. Наконец, как открытая область лицо подвержено наружным температурным влияниям (холоду и теплу), что также способствует оживлению кровообращения. Поэтому кожа лица обыкновенно краснее других частей тела. Отчасти, по указанным причинам, она расположена к сосудистым заболеваниям: к эритеме, к rosacea. Особенно расположен к ним кончик носа (красный нос, rosacea). Кроме того, в коже лица много сальных желез, особенно их много в коже носа. Поэтому кожа лица склонна к seborrhoea, acne и rhinophyma.

Кожа красной каймы губ представляет переход кожи в слизистую оболочку. Красный цвет зависит от просвечивания крови, содержащейся в большом количестве в сильно развитой сосудистой сети, и притом от просвечивания чрез истонченную кожу, лишенную зернистого слоя, который особенно задерживает просвечивание крови. Волос здесь нет; сальные железы открываются свободно.

Кожа ушных раковин тонка и плотно натянута на хряще.

Кожа подмышечных впадин обильно снабжена сильно развитыми потовыми железами и потому склонна к усиленному потению (hyperidrosis) и воспалению потовых желез (hydradenitis).

Кожа груди и спины богата сальными железами и расположена к seborrhoea и acne vulgaris. Здесь всего рельефнее получают сосудодвигательные рефлексы, особенно красные.

Кожа разгибательных поверхностей конечностей (плеч, предплечий бедер, голеней), по сравнению со сгибательными поверхностями, более грубая, жесткая, сухая, малокровная, с большим количеством волос и с более низкой местной температурой, что нередко узнается уже при ощупывании, но точнее определяется кожным термометром. Это—любимые места для lichen pilaris, prurigo, ichthyosis и psoriasis.

Кожа сгибательных поверхностей конечностей (плеч, предплечий, бедер, голеней) более нежная, сочная, гладкая, более чувствительная к раздражению, почему на этих местах, особенно в локтевых сгибах, прежде чем в других местах, получается раздражение при лечении мазевыми втираниями (sapo viridis, ung. Wilkinsonii, ung. cinereum).

Кожа ладоней и подошв лишена волос и сальных желез, но зато обильно снабжена потовыми железами и расположена к усиленному выделению пота (hyperidrosis). Все слои эпителиального покрова развиты, особенно роговой слой, почему эта область расположена к hyperkeratosis (мозоли, омозолелости). На поверхности кожи заметны сосочковые бороздки.

Кожа грудных сосков содержит много мыщц. Волос не имеет; сальные железы открываются свободно.

Кожа околососкового кружка. Волос также не имеет; сальные железы открываются свободно.

Кожа мошонки отличается резко выраженной складчатостью и растяжимостью. Подкожный слой состоит, главным образом, из гладких мыщц (tunica dartos), чем объясняется резкое съеживание кожи на холоде. Удобна для массажа-растяжения.

Кожа головки члена натянута на подлежащей (кавернозной) ткани. Соединительнотканнные и эластические волокна partis reticularis идут радиально к наружному отверстию мочеиспускательного канала и при эрекции веерообразно расходятся (головка утолщается), а в спокойном состоянии члена они обуславливают складочки, также идущие радиально от corona glandis к отверстию канала. Описываемая кожа волос и желез не содержит, только на corona glandis, так же как в sulcus retroglandularis и на внутреннем листке preputii, имеются сальные железы (Тизоновы железы), выделяющие пахучую смазку (smegma preputii). Кожа головки члена и внутреннего листка preputii, вследствие слабо развитого рогового слоя, приближается к слизистой оболочке.

Малые губы у женщин представляют собою удвоение слизистой оболочки, но, подобно коже, содержат сальные железы, особенно развивающиеся во время беременности.

Большие губы на внутренней поверхности имеют свойства слизистой оболочки, а на наружной — кожи. Содержат волосы, потовые и сальные железы.

Дыхательная функция кожи.

Дыхательная функция кожи состоит в обмене газов, т. е. в поглощении кислорода и выделении угольной кислоты и паров воды. Выделение кожей газообразных веществ принято называть *perspiratio insensibilis*, в отличие от выделения воды потовыми железами, называемого *perspiratio sensibilis*. Что действительно пары воды выделяются кожей независимо от деятельности потовых желез, на это указывает простой опыт: если к совершенно сухой коже, после выпрыскивания атропина, приблизить стакан с холодной водой, то на стенках стакана оседают пары воды. То же самое точнее констатируется при помощи гигрометра. Газовый обмен происходит между кровью капилляров сосочков и атмосферным воздухом через посредство эпидермиса. Условия этого процесса в коже резко отличаются от таковых в легочной ткани. В то время как в последней кровеносные сосуды отделены от атмосферного воздуха, наполняющего альвеолы, лишь тонким слоем однорядного эпителия, сосуды сосочков кожи покрыты толстым слоем многорядного эпителия и притом еще в значительной части ороговевшего. Поэтому, уже рассуждая теоретически, нужно думать, что кожное дыхание у человека и высших животных сведено до малых размеров, что и доказывается экспериментальными исследованиями.

Небезынтересно то обстоятельство, что у низших животных кожа, наоборот, принимает большое участие в дыхании: благодаря этому, лягушки, напр., могут жить после вырезывания легких. Но в восходящем ряду животных кожа постепенно утрачивает растительные функции, приобретая вместо этого большее и большее значение органа чувства.

Способы исследования кожного дыхания таковы:

1) Человек или животное помещается в камеру дыхательного аппарата, причем воздух, входящий в легкие и выходящий из легких, проводится изолированно; воздух же для кожного дыхания предварительно пропускается через раствор едкого калия для отнятия угольной кислоты и серную кислоту—для отнятия воды. Точно так же воздух, выходящий из камеры и воспринявший продукты кожного дыхания, пропускается через те же жидкости, причем увеличение веса трубок с серной кислотой указывает на количество воды, а с едким калием—на количество угольной кислоты, выделенное кожей в известную единицу времени.

2) При исследовании отдельной области кожи, напр., конечности, последнюю помещают в герметически замкнутый цилиндр, в который проводится сухой и лишенный угольной кислоты воздух, выходящий через упругую трубку; в последнем вышеописанном путем опре-

деляется содержание воды и угольной кислоты. Нужно заметить, что во всех этих опытах вода определяется в общем количестве, выделяемом кожей при посредстве *perspirationis insensibilis* и потоотделения.

Вся поверхность кожи взрослого человека в течение суток выделяет CO_2 от 10 г (Scharling) до 14 г (Roehrig), тогда как при легочном дыхании количество ее достигает 900 г. Следовательно, работа кожи в этом направлении составляет $\frac{1}{90}—\frac{1}{63}$ работы легких.¹ Кислород поглощается кожей в таком же или немного меньшем объеме количестве, как и выделяемая CO_2 (Реньо и Рейзе). Отношение поглощаемого кожей O к поглощаемому легкими $\text{O} = 1:180$.

Воды выделяется кожей в течение суток 634 г (по Реригу, а по другим авторам — до 800 г), тогда как легкими выделяется 330 г (Фирорд). Следовательно, в отношении отдачи воды кожа работает вдвое больше легких. При этом нужно заметить, что при усиленном потоотделении количество воды значительно увеличивается.

Как показывают исследования при помощи чувствительного гигрометра, приставляемого к коже (Reiss), *perspiratio insensibilis* вдвое сильнее на сгибательных поверхностях, чем на разгибательных. Она усиливается при повышении температуры тела вследствие расширения сосудов и уменьшается с падением температуры. Точно также она усиливается после смывания в мыльной ванне отжившего слоя, вследствие утончения ткани, лежащей над сосудами. Это усиление не зависит от увеличения потоотделения после теплой мыльной ванны, так как наблюдается и при том условии, когда потоотделение подавлено приемом атропина. При болезнях кожи *perspiratio insensibilis* уменьшается при замедлении тока крови, выделении белых шариков и утолщении эпидермиса (*eczema*, *lichen*) и даже иногда совершенно уничтожается (*ichthyosis*, *prurigo*). Она усиливается при эритеме с значительным расширением сосудов. Мы уже упоминали, что выделение воды потовыми железами и при помощи *perspirationis insensibilis* не всегда идет параллельно. Между прочим, в коже, пораженной псориазисом, потоотделение уничтожено, а между тем отдача воды кожей оказывается повышенной (Грама т ч и к о в). Теоретически это совершенно понятно уже потому, что в потоотделении действуют причины по преимуществу физиологические (нервное влияние), а в *perspiratio insensibilis* — по преимуществу физические законы. При псориазисе — нервном страдании — деятельность потовых центров и нервов нарушается, но в то же время выделение воды из расширенных сосудов и притом через разрыхленный эпителиальный покров может значительно облегчаться.

¹ Впрочем, некоторые авторы дают цифры CO_2 меньшие, напр., Aubert — 3,9 г.

Всасывание кожей химических веществ¹.

Как видно из только что сказанного, кожа проницаема для газов, хотя и в слабой степени. Не только кислород и угольная кислота, но и другие газы могут поступать через кожу. Так, напр., Биша (Bichat), находясь в анатомическом театре и дыша через трубку чистым наружным воздухом, заметил трупный запах кишечных газов. Шосье и Коллар (Chaussier и Collard) получали отравление животных, которые дышали чистым воздухом, но тело которых находилось в атмосфере угольной кислоты или сероводорода.

Кожа проходима также для летучих веществ, каковы хлороформ, эфир, алкоголь, терпентин.

Металлическая ртуть и соли ее проходят с трудом, в малом количестве и то при сильном и продолжительном втирании; иод в виде иодной настойки всасывается, но в форме иод-вазогена и иодипина всасывания его нельзя доказать (Александринский). Всасывание через неповрежденную кожу алкалоидов: кокаина, атропина, морфия, хинина и др., так же как и соединений железа, свинца, лития, мышьяка, танина, борной кислоты очень сомнительно. Салициловая кислота, хризоробин, резорцин, нафтол, пирогаллол, гваякол могут всасываться.

Условиями, способствующими всасыванию, являются: 1. Тончайшее размельчение частичек вещества. Так, напр., в серой ртутной мази ртутные шарики должны быть так малы, чтобы не были видны простым глазом. 2. Сильное и продолжительное втирание в кожу. 3. Растворение твердых веществ в летучих жидкостях, напр., сулемы в алкоголе, салициловой кислоты в эфире. 4. Мацерация рогового слоя теплыми ваннами и согревающими компрессами. 5. Гиперемия кожи. 6. Наложение герметической повязки.

Нарушение отравлений кожи при смазывании ее «лакирующими веществами» (лакирование кожи).

Появление разнообразных расстройств в организме вслед за охлаждением покрытой потом кожи (мышечный ревматизм, катары слизистых оболочек и пр.) издавна составляло неопровержимый факт практической медицины. Для объяснения этого факта невольно напрашивалось предположение о задержке в организме, под влиянием охлаждения, вредных веществ, выделяемых кожей. Для более точного выяснения вопроса врачи обратились к опытам на животных, покрывая их кожу такими веществами, как лак, сгущенные масла, жиры, де-

¹ Подробно о всасывании кожей см. «Общая терапия болезней кожи», проф. Никольского. Киев, 1910, стр. 93.

готь, арабийская камедь, желатина, травматин и др., с целью искусственно вызвать задержку кожного отделения и наблюдать болезненные изменения в организме. Эти опыты, начатые Фурко (Foucault) в 1838 году, почти непрерывно ведутся рядом последующих исследователей до нашего времени.

Собранные многочисленные факты в указанном направлении приводят к следующему выводу: у животного (как малого, напр., кролика, так и большого, напр., лошади), смазанного лакирующим веществом, появляется дрожь, значительное падение температуры, замедление пульса, расстройство дыхания, нервные расстройства, то в форме судорог, то парезов и параличей, потеря аппетита, падение веса тела, альбуминурия.

При этих явлениях животное погибает то в первые сутки, то через несколько суток. При вскрытии обыкновенно находят гиперемия сосудов внутренних органов.

Таковы довольно однообразные факты. Но первоначальное объяснение их задержкой кожного выделения встретило у многих последующих исследователей недоверие. В настоящее время мы, не имея точного и неопровержимого объяснения фактов, имеем несколько теорий.

1. Одни авторы держатся мнения Фурко — теории задержки кожного выделения. Кроме теоретических соображений о значении кожи как выделительного органа, этот взгляд основывается на некоторых фактических данных исследования, каковы: нахождение кристаллов фосфорнокислой аммиак-магнезии в подкожной клетчатке, мочевины в мышцах, какой-то летучей, ближе не определенной щелочи в коже и известной степени ядовитости крови подвергнутых опыту животных.

2. Вторая группа исследователей придает выдающееся значение большим потерям тепла, наблюдаемым при лакировании, и в этом видит причину смерти животного. Потеря тепла обуславливается, по мнению одних, расширением периферических сосудов (Розенталь, Лашкевич), по мнению других — известными физическими свойствами смазки (Кригер, Ломиковский).

3. Третья группа авторов (Фейнберг, Вилижанин, Угрюмов, Анфимов) объясняет причину смерти изменениями центральной нервной системы, вследствие раздражения смазкой периферических нервов кожи; при вскрытии некоторые авторы (наиболее подробно Анфимов) находят значительные микроскопические изменения в центральной нервной системе.

4. Доктор Мертенс старается доказать, что все симптомы лакирования и смерть животного обуславливаются дерматитом, вызываемым смазкой; при совершенно индифферентных смазках (напр., лано-

лином) никаких расстройств не наблюдается. Однако, многие предшествующие авторы обращали внимание на раздражающее свойство лакирующего вещества и всё же получали отравление животного без явлений дерматита.

Таким образом, можно сказать, что вопрос о причине смерти лакированного животного остается открытым.

Лабораторные опыты, несомненно, имеют большое теоретическое значение для дерматологии. Но гораздо большее значение имеют клинические наблюдения. Для нас особенно важно, как человек относится к лакирующим веществам. Практический опыт с самых давних времен указывает на то, что смазывание всей кожи человека различными мазями, употребляемыми с лечебной целью, не вызывает никаких особенных расстройств. Однако, с того времени, как начались вышеуказанные опыты на животных, многие из врачей стали высказывать мысль о том, что смазывание кожи человека также может быть опасным. Предпринятые с этой целью исследования (Сенатор, Текутьев, Мертенс) указали на безопасность лакирования человека. Но в то же время из очень пока немногочисленных клинических опытов выяснилось, что оно все-таки не является совершенно безразличным. Из работы Текутьева мы видим, что и у людей при лакировании можно заметить некоторые, нужно думать, функциональные изменения, а именно: увеличение количества мочи и нормальных составных частей ее, расслабление стенок сосудов, сонливость и понижение чувствительности кожи. Последний факт имеет для нас известное терапевтическое значение. Весьма часто при употреблении мазей мы наблюдаем благоприятное влияние их в смысле успокоения зуда. Несомненно, что причина такого влияния мазей очень сложная: она может стоять в связи с химическим составом мази, с изменением, благодаря ей, теплопроводности кожи и проч. Но в ряду этих причин мы можем поставить и подмеченный Текутьевым факт появления анестезии на смазанных участках, что, очень может быть, ведет и к успокоению зуда.

Простуда.

Под именем простуды разумеют неблагоприятное влияние охлаждения на организм человека (и животных), влекущее за собой заболевание различных внутренних органов.

Охлаждение действует на организм, по преимуществу, через кожу (и лишь отчасти через слизистые оболочки, доступные влиянию наружного воздуха: носа, рта, зева, бронхов). Поэтому простудные заболевания представляют интерес не только для терапевтов, но и для дерматологов, уже по тому одному, что они ясно указывают на значение кожи для заболевания внутренних органов.

В то время, когда этиология болезней была еще очень мало разработана, простуда, как причинный момент разнообразных заболеваний, пользовалась широкой популярностью как среди публики, так и врачей, объяснявших ею чуть ли не все болезни, включая инфекционные. Но с успехами этиологии простуда стала отодвигаться на задний план, а при быстром росте бактериологии, в последнее 30-летие, многими врачами она и совершенно была вычеркнута из числа причин, производящих болезни. Но это была крайность. Объективное отношение к ежедневным фактам действительности заставляет нас признать большое значение за простудой, как вызывающей причиной для многих заболеваний, хотя и не такое широкое, как то принималось ранее. Внешние обстоятельства, при которых получают простудные заболевания, очень разнообразны, таковы: купанье в холодной воде, особенно при низкой температуре воздуха и при ветре; сильный ток воздуха в форме сквозного ветра, даже в теплую погоду и в теплом помещении; сидение, лежание на холодной земле и близ холодной, особенно сырой стены; быстрое охлаждение лица, ног и т. п.

Благоприятствующими условиями для получения простудного заболевания служат:

1. Общая слабость организма или слабость отдельного какого-либо органа, врожденная и приобретенная вследствие ранее бывших заболеваний. Так, напр., у одних простуда постоянно вызывает бронхит, у других мышечные боли и т. п.;

2. Сильное расширение сосудов кожи, особенно соединенное с сильным потением, что бывает при употреблении алкоголя, горячего чая, пребывании в теплом помещении и проч. Практика показывает, что человек, выпивший или разгоряченный танцами в душной комнате, сравнительно легко заболевает вследствие внезапного охлаждения;

3. Так называемая изнеженность кожи, выражающаяся крайнею чувствительностью ее к малейшему току воздуха, к малейшей перемене температуры воздуха. Такие лица поневоле всегда укутываются, носят теплую одежду, что, однако, не избавляет их от простуды.

Заболевания, вызываемые простудой, приблизительно можно свести к следующим формам:

- 1) общее недомогание без определенной локализации в каком-либо органе, выражающееся апатией, вялостью, беспокойным сном, ослаблением аппетита, небольшой лихорадкой; 2) катар слизистых оболочек: носа, бронхов, реже желудка и кишечника; 3) воспаление серозных оболочек: плевры, суставов; 4) воспаление мышц; 5) воспаление периферических нервов: [ischias, paresis nervi facialis и др.]; 6) воспаление почек; 7) воспаление мозга; 8) болезни кожи, иногда очень тяжелые, нужно думать, последовавшие вслед за расстройством нервной системы,

каковы, напр., herpes zoster, erythema exsudativum, pemphigus, lupus erythematosus, rosacea, asphyxia localis.

С дерматологической точки зрения наибольший интерес представляет механизм происхождения простудных заболеваний. Для того, чтобы уяснить его, необходимо обратиться к физиологическим наблюдениям.

При действии холода на кожу в ней происходят следующие изменения: побледнение, вследствие спазма сосудов; шероховатость, вследствие раздражения m.m. erectorum pilorum (гусиная кожа); прекращение потоотделения; ослабление и прекращение perspirationis insensibilis; уменьшение отдачи тепла. Это — защитительная реакция организма против вредно действующей причины: организм охраняет свою теплоту.

Если влияние сильного холода скоро прекращается (через 5—10—15 минут), то быстро наступают явления противоположные: сосуды расширяются, кожа делается красной, гладкой и влажной; анемия не благоприятна для ткани, и организм старается исправить и восполнить происшедшие недочеты в питании.

И действительно, этот последующий прилив крови и ускорение кровообращения улучшают питание кожи, а общее изменение кровообращения в первом и втором периоде может благотворно влиять и на внутренние органы. Поэтому кратковременное, более или менее сильное охлаждение кожи и притом индивидуализированное, при соблюдении известных условий, составляет могущественный прием водолечения.

Но если влияние сильного холода продолжается долго, то наступает расширение сосудов как результат паралича вазомоторов, причем начальная, более яркая краснота сменяется синеватым оттенком — признак того, что ускорение кровообращения сменилось замедлением его. Питание кожи страдает и в конце концов может даже получиться отморожение.

Внутренние органы не остаются индифферентными к охлаждению кожи. Так, деятельность сердца вначале ускоряется, а затем замедляется, что объясняется двумя причинами: 1) иннервацией, идущей от нервных окончаний кожи, через центры продолговатого мозга и 2) действием охлажденной в коже крови на ганглии сердца, что можно допустить на основании опытов с вырезанным сердцем лягушки, сокращения которого замедляются, а затем прекращаются при охлаждении.

Деятельность сосудов также заметно изменяется, что можно видеть из понижения сфигмографической кривой лучевой артерии при охлаждении плеча, причем в центральном направлении происходит боковой прилив, так как температура в подмышечной впадине повышается.

Общее распределение крови значительно изменяется. Шиллер (Schiller), налагая холодный компресс на живот или спину трепанированных кроликов, замечал расширение сосудов мягкой мозговой оболочки. Винтерниц (Winternitz), при погружении тела в холодную воду, замечал значительное поднятие кривой платизмографа (для руки),

а также красноту и припухлость лица, причем испытуемый жаловался на чувство жара в голове. Очевидно, что кровь из охлажденной кожи устремляется во внутренние органы.

Дыхание изменяется таким образом, что вначале происходит глубокое дыхание с остановкой, а затем ускорение его.

На подкожные нервы охлаждение производит не меньшее влияние; так, напр., при охлаждении локтя (локтевой нерв) ощущается онемение в пальцах руки.

Сопоставляя все сказанное, мы можем принять, что простудные заболевания получают:

1. Через рефлекс со стороны охлажденной кожи на внутренние органы. Таким путем, напр., расстраивается кровообращение в легких и плевре, появляется прилив с последующей экссудацией;

2. Через прилив ко внутренним органам крови, вытесненной охлаждением из кожи;

3. Через охлаждение внутренних органов кровью, охлажденною в коже, что может вести к ослаблению жизнедеятельности элементов органа и к расстройству кровообращения;

4. Через непосредственное охлаждение органов, лежащих под кожей, напр., мышц (myositis), нервов (ischias) и пр.;

5. Через задержку потоотделения, причем в организме задерживаются вредные вещества, расстраивающие деятельность сердца и первых центров.

Для предотвращения простудных заболеваний необходимо, чтобы нервы и сосуды кожи были чувствительны к холоду, но не чрезмерно. При слабой чувствительности их человек не может охранить себя от вредного влияния холода, так как оценивает температуру ниже действительности, особенно, если сосуды в то же время остаются несокращенными (при красном дермографизме). При этом теряется много тепла, и в коже охлаждается большое количество крови, несущей это охлаждение и к внутренним органам.

При чрезмерной чувствительности нервов и сосудов к холоду ничтожное охлаждение вызывает неприятное ощущение холода и рефлекторное действие во внутренних органах, причем распределение крови постоянно колеблется то в ту, то в другую сторону. Такие очень зябкие люди невольно приучают себя к излишнему теплему содержанию.

Для предотвращения простудных заболеваний требуется не только соответствующая одежда и соответствующие жилые помещения, но и правильный уход за кожей, имеющий целью тонизирование нервно-сосудистого, мышечного и железистого аппаратов кожи. Для этого необходимо: 1) содержание кожи в чистоте при помощи, по крайней мере, еженедельных мыльных обмываний в ванне или бане, так как иначе отверстия желез закупориваются роговыми чешуйками, жиром, пылью,

и секреторная функция кожи расстраивается и 2) применение прохладных купаний, обмываний и обтираний. Холод действует на сосуды таким образом, что они сначала сокращаются, а затем расширяются (реакция), что делает их более подвижными и приучает быстро и целесообразно защищать организм при колебаниях температуры наружного воздуха. Холод укрепляет также мышцы кожи, заставляя их сокращаться (*cutis anserina*), что ведет к оживлению кровообращения и улучшению секреторной деятельности кожи. Однако холодными обмываниями нужно пользоваться умеренно, так как неразумное «закаливание» кожи, включительно до зимних купаний в реке, ведет к ослаблению ее, равно и всего организма.

Кожа как регулятор тепла в организме.

Организм человека и животных требует определенной внутренней температуры ($37,5 - 38^{\circ}\text{C}$), которую он стремится сохранять как на берегах Ледовитого океана, так и под тропиками. Теплоту организм доставляет сам себе при помощи происходящих в нем химических процессов. Сложная частица белка (по Гофмейстеру, $\text{C}_{450}\text{H}_{720}\text{N}_{116}\text{S}_6\text{O}_{140}$) разлагается до самых простых тел: мочевины $[\text{CO}(\text{NH}_2)_2]$ и воды (H_2O), причем сила химического сродства, удерживавшая в равновесии атомы сложного тела, делается свободной и переходит в теплоту. То же относится к сложным частицам углеводов (сахар $\text{C}_6\text{H}_{12}\text{O}_6$) и жиров (напр., трипальмитин $[\text{C}_3\text{H}_3(\text{C}_{16}\text{H}_{31}\text{O}_2)_3\text{O}_3]$), которые переходят в самые простые тела: воду (H_2O) и угольную кислоту (CO_2).

Можно высчитывать количество производимого организмом тепла по количеству калорий, вводимых с пищей. Вычислено, что 1 г белка дает тепла 4,1 больших калорий,¹ 1 г углеводов то же количество, 1 г жира — 9,1 б. к. При ежедневной пище для человека весом в 67 кг, содержащей 120 г белка, 45 г жира и 530 г углеводов, получится больших калорий тепла $500 + 420 + 2170 = 3090$. Вычитая потерю тепла с экскрементами, получаем: $3090 - 250 = 2840$ б. к.² Это — при умеренной работе. Здесь на 1 кг в 1 час приходится 1,6 б. к. При абсолютном покое человек с весом в 70 кг вырабатывает 1700 б. к., из которых на долю мышц приходится 1000, дыхательных мышцы 150, сердца 70, печени 370, почек 75, мышц пищеварительного канала 50. Здесь на 1 кг веса в час придется 1 б. калория.

Мышцы всего более вырабатывают тепла. При работе мышц $\frac{2}{3}$ — $\frac{3}{4}$ энергии переходит в теплоту и только $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ в механическую работу. Выработка тепла уменьшается с возрастом. Так, в возрасте $2\frac{1}{2}$ — 10 л. на 1 кв. м поверхности вырабатывается в сутки 1123 б. к., в 10 — 16 л.

¹ Большая калория есть количество тепла, нагревающее 1 кг воды на 1°C .

² Цифры округлены по Данилевскому. Учебник физиологии.

1008 б. к., в 22—56 л. 821 б. к., в 64—78 л. 648 б. к. (старые люди отличаются зябкостью).

Угольная кислота, синильная кислота и фосфор ослабляют процессы окисления и теплообразования. Секрет щитовидной железы повышает теплообразование. При Базедовой болезни теплообразование увеличивается на 60—80%. Наоборот, при слизистом отеке (myxedema) оно понижается на 50—60%, и температура тела понижается на 1—2° Ц. Вытяжка яичников повышает теплообразование, а кастрация понижает его.

Известное повышение температуры тела (до 45° Ц) и понижение (до 25° Ц) причиняет смерть. Поэтому организм стремится всегда держать постоянную температуру. Это достигается химической и физической терморегуляцией.

Химическая терморегуляция состоит в том, что на севере и вообще в холодное время в пище преобладают жиры, которые, как мы видели выше, дают тепловых калорий вдвое больше, чем белки и углеводы (9 и 4,1). В южных странах и вообще в теплое время жиры принимаются в малом количестве, а углеводы (рис и проч.) в большом количестве.

Физическая терморегуляция происходит через кожу. К коже протекает кровь, нагретая во внутренних органах, и кожа отдает тепло наружному воздуху следующими способами:

1. *Проведением* (31%). Это значит, что от нашего теплого тела нагревается слой воздуха, который передает тепло следующему слою, а сам опять отнимает тепло от нашего тела и т. д. Мы обмахиваемся платком в жаркое время, чтобы прогнать слой нагретшегося около нашего горячего тела воздуха и заменить его другим, более прохладным слоем;

2. *Лучеиспусканием* (44%). От теплого тела идут лучи тепла. От горящего камина мы чувствуем теплоту на далеком расстоянии, что нельзя объяснить проведением и что зависит от тепловых лучей, идущих от пламени. Если неотапливаемую и промерзшую комнату сильно натопить так, чтобы температура воздуха ее поднялась до 20° Р, то все же мы будем дрожать от холода вследствие того, что холодные стены отнимают от нашего тела много тепловых лучей;

3. *Испарением воды с кожи (и легких)* (21%). При испарении воды поглощается теплота (скрытая теплота испарения). Для испарения 1 г воды требуется 0,6 б. к. Испарение 700 куб. см пота в сутки требует $(700 \times 0,6) = 420$ б. к.

Остальные небольшие количества тепла идут на нагревание вдыхаемого воздуха (1,2%), на согревание пищи (1,5%) и механическую работу (1,3%).

Отдача тепла кожей регулируется деятельностью кровеносных сосудов и деятельностью потовых желез. В холоде сосуды кожи сокращаются

и потому к ним мало приносится теплой крови; потовые железы прекращают свою работу, и теплоотдача уменьшается. Наоборот, в жаркой атмосфере сосуды кожи расширяются, потовые железы усиленно работают, и отдача тепла увеличивается. Так организм предохраняет себя от вредного охлаждения и вредного перегрева.

Но при ненормальной сосудистой реакции положение дела изменяется.

При белом дермографизме, когда сосуды очень склонны к сужению, организм предохранен от сильного охлаждения, хотя субъективно данное лицо чувствует себя плохо, мерзнет, вследствие сильного малокровия кожи, дающего ощущение холода. Но такая кожа недостаточно предохраняет от перегрева, так как сосуды мало склонны расширяться в жаркой атмосфере, хотя субъективное ощущение будет вполне хорошее. Нужно думать, что белый дермографизм играет злую роль в лихорадочных процессах, способствуя перегреванию и без того горящего организма.

Обратные отношения получаются при красном дермографизме, когда сосуды кожи очень склонны к расширению. В холоде сосуды мало сокращаются и мало предохраняют от охлаждения. Но горячая кожа дает хорошее самочувствие, и холод субъективно переносится хорошо. Однако, больной оценивает холод ниже действительности и не предпринимает мер защиты от холода, что ведет к простудным заболеваниям. В жаркой атмосфере сосуды сильно расширяются; перегреванию организма предупреждается. Но субъективное ощущение жара в горячей коже неприятно, и больной не любит жары. Для лихорадочных болезней красный дермографизм благоприятнее, так как предохраняет от перегрева.

Из всего сказанного вытекают следующие выводы: 1) Для правильной теплорегуляции необходима нормальная сосудистая реакция; против ненормальной сосудистой реакции должны приниматься соответствующие мероприятия. 2) Но и при нормальной сосудистой реакции нужно, чтобы сосуды энергично отвечали на соответствующие раздражения сужением и расширением. Против вялой реакции действует правильный уход за кожей: чистое содержание и тонизирование холодными обмываниями.

Саморегуляция отдачи тепла далеко не всегда бывает достаточной и приходится прибегать к *искусственной регуляции*: к теплым одеждам и теплomu жилищу.

Одежда уменьшает отдачу тепла с кожи путем проведения и лучеиспускания. Худым проводником тепла собственно является неподвижный воздух. Чем больше содержится его в одежде, тем одежда теплее. Вата и мех содержат между своими волокнами большое количество воздуха и потому ватная и меховая одежда самые теплые. В белье и комнатном платье, по Рубнеру, содержится до 10 л воздуха, а вместе с пальто до 20—30 л. Воздух содержится между слоями платья. Чем

больше слоев одежды, тем меньше теплопотерь. Цвет одежды играет некоторую роль: темные ткани больше задерживают тепла, поэтому в жаркое время лучше пользоваться светлыми одеждами. Во влажном воздухе много отнимается тепла проведением и лучеиспусканием и поэтому во влажное время мы скорее прибегаем к теплой одежде, хотя бы температура воздуха была такой же, как и в сухое время. В жаркое время тепло отдается преимущественно путем потоотделения. Сухой жар горячей суховоздушной ванны переносится, благодаря потению, даже при $75-85^{\circ}\text{C}$, тогда как паровая ванна, в которой потение задержано, переносится лишь при $50-52^{\circ}\text{C}$, а горячая водяная ванна при $35-40^{\circ}\text{C}$.

При многих болезнях саморегуляция отдачи тепла кожей нарушается. Так, при *ichthyosis*, обыкновенно соединенном с белым дермографизмом или отсутствием сосудодвигательной реакции, а также с прекращением потоотделения, отдача тепла кожей понижена и поэтому перегревание организма, с повышением общей температуры тела на $1-2-3^{\circ}\text{C}$, происходит от ничтожных причин, напр., после приема $2-3$ кружек горячего чая. Наоборот, при распространенных процессах в коже, соединенных с покраснением кожи, каковы *eczema universale*, *erythema exsudativum universale*, *dermatitis exfoliativa adultorum*, отдача тепла, вследствие расширения сосудов, а тем более при мокнутии кожи, как то бывает при экземе и эритеме, повышена, и такие больные стремятся сохранять тепло при помощи теплою помещения, теплой одежды, а также путем съезживания в комочек, чтобы уменьшить отдающую тепло поверхность, равно и пребыванием близ нагретой печи.

ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ КОЖИ.

В эпителиальном слое кожи наблюдаются изменения количественные и качественные.

Количественные изменения следующие:

1. Hyperacanthosis, когда образовательный слой гипертрофирован и обнаруживает большое количество фигур деления, что указывает на усиленный рост ткани. Разрастание образовательного слоя происходит как над вершинами сосочков, так и в межсосочковых продолжениях эпителия (при экземе), или же только в межсосочковых продолжениях, причем вершины сосочков, наоборот, покрыты тонким слоем эпителия (при псориазе);

2. Hyperkeratosis, когда утолщается роговой слой; примером могут служить мозоль и кожный рог, достигающий иногда вышины нескольких сантиметров;

3. Атрофия эпидермиса, когда количество слоев его сводится до *minimum'a*; атрофия касается то всего эпидермиса, то отдельных частей его, например, Мальпигиева слоя, зернистого и проч.

Качественные изменения в эпителиальном слое сводятся к следующим формам:

1. Пороки деления клеток. Известно, что материнская клетка при делении проходит известные стадии — стадию ахроматического и хроматического веретена, около которого скопляются капли нуклеина, образующие впоследствии стадию *monaster* и *diaster*. В патологических случаях описанное нормальное деление может различным образом видоизменяться: вместо двух звезд могут образоваться три или в случае так называемого абортивного митоза звезд может вовсе не образоваться; капли нуклеина то образуются в очень большом количестве, то, наоборот, в самом ничтожном и т. д. Пороки деления клеток представляют высокий научный интерес, так как и дальнейшая жизнь порочно родившихся клеток, естественно, не может идти правильным путем, и, между прочим, процесс ороговения эпителиальных клеток, естественно, должен представлять значительные отклонения. Но пока в настоящее время порочное деление клеток с некоторою подробностью выяснено лишь в некоторых кожных болезнях (в раковых опухолях — *Pianese*);

2. мутное набухание, характеризующееся слабой окраской ядер;

3. *akantholysis* (lysis — уничтожение). Изменение это заключается в следующем: нормальная прочная связь между клетками эпителия ослабляется, вследствие чего образуется как бы трещина, в которую направляется лимфатическая жидкость; так образуется пузырь и отслойка на той или другой высоте покровного эпителия. *Akantholysis* наблюдается при пемфигусе;

4. вакуолизация клеток. В клеточной протоплазме появляется водянистая жидкость сначала в виде отдельных капель, которые постепенно сливаются между собой и занимают все большее и большее пространство в протоплазме; в конце концов из клетки образуется пузырь с жидкостью, в которой плавают остатки протоплазмы и распавшегося ядра. Клеточная оболочка, как более устойчивая часть клетки, до времени остается нормальной, но в конце концов она продырявливается; то же делается и в соседней клетке, и тогда две клетки сливаются вместе; такое слияние может происходить в массе соседних клеток, и тогда получается один большой пузырь, наполненный водянистой жидкостью, в которой плавают зернистый распад;

5. *plasmolysis filaris*. Когда исчезает из клетки парапаламза (белковое вещество, содержащееся между волокнами клеток), тогда волокнистость протоплазмы выступает с особенною рельефностью, даже без всякой специальной обработки препарата. Я наблюдал это изменение, особенно резко выраженное, в одном случае врожденного ихтиоза, сопровождавшегося образованием пузырей;

6. гиалиновое перерождение клеток. Оно может занимать как протоплазму, так и ядро и межклеточные мостики. Если перерождению подвергаются только околоядерные волокна, то около ядра получается гиалиновый пояс; затем, в случае появления последовательного перерождения в остальной (периферической) протоплазме, а также и в ядре и, наконец, в межклеточных соединительных мостиках; получается как бы несколько шаров, вложенных друг в друга, которые могут быть соединены уплотненными мостиками с соседними, подобным же образом перерожденными, клетками. Необычайно причудливые и разнообразные фигуры, получающиеся при гиалиновом перерождении, послужили поводом к описанию разнообразных форм споровиков в раковых опухолях;

7. *keratinisatio* есть ороговение эпителиальных клеток глубоких слоев; встречается, между прочим, при *molluscum contagiosum*. Это страдание представляется в виде папулы с центральным отверстием; если такую папулу сдавить, то из нее выделяется кашицевидное содержимое. При исследовании его под микроскопом оказывается, что оно содержит блестящие ороговевшие безъядерные клетки, так называемые моллюсковые тельца;

8. *parakeratosis* характеризуется тем, что выработка керато-глиина и эленина уменьшается и прекращается (*Bizzozero*), а в ороговевших клетках имеются ядра; следовательно, процесс ороговения не доходит до конца. Примером может служить *psoriasis*, при котором красные пятна покрыты мелкими серебристыми чешуйками — клетками, не вполне ороговевшими и содержащими ядра;

9. *hyperpigmentatio*, когда количество пигмента в коже увеличивается, и *hypopigmentatio*, когда оно уменьшается. Эти изменения происходят или первично, как, напр., при *chloasma vitiligo*, или вторично, вслед за другими изменениями, напр., пигментация на месте бывших сифилитических папул и папул *lichen ruber planus* или потеря пигмента на месте псориатических бляшек.

В потовых железах наблюдается: жировое перерождение железистого эпителия, ведущее к атрофии его, что, в свою очередь, дает повод к расширению железы и образованию кисты (при хронических нефритах, Вейгельт); мутное набухание, причем форма клеток делается неправильной, границы клеток сливаются, ядра исчезают и клетки превращаются в бесформенные массы, отделяющиеся от стенок железы и свободно лежащие в ее просвете (при холере, Иерусалимский); сдавление желез и их протоков грануляционной тканью, что ведет к образованию кисты (при туберкулезе, Благовещенский); закупорка отверстия железы роговыми пробками, следствием чего является мутное набухание и вакуольное перерождение клеток железы и протока, образование кисты, а также проникновение пота в Мальпигиев слой, где образуются пузырьки (при *dysidrosis*, Нестеровский) и проч.

В сальных железах наблюдается закупорка протока сальной пробкой, торчащей в отверстии железы (*comedo*) или закрытой наростшим роговым слоем (*milium*). Как последствие закупорки является воспаление в сумке железы (*acne vulgaris*) и образование кисты.

В волосах наблюдается: атрофия луковицы и сосочка, ведущая к выпадению волоса, узловатые вздутия, потеря пигмента (*canities*) и проч.

В ногтях наблюдается: потемнение, бугристость, изъеденность словно червоточиной, мягкость, ломкость и проч.

Изменения в соединительнотканной основе кожи выражаются в следующих формах:

Гиперемия, которая может быть активной и пассивной.

Активная гиперемия представляет собою или самостоятельное изменение, или начальный период отека и воспаления.

Самостоятельная активная гиперемия характеризуется одним расширением сосудов и не сопровождается отеком и клеточной инфильтрацией ткани. Клиническим характерным признаком ее служит

краснота алого или розового цвета с местным повышением температуры, совершенно исчезающая при давлении и обыкновенно скоро проходящая. Нередко она сопровождается ощущением жара и зуда.

Причиной самостоятельной формы гиперемии является общая повышенная чувствительность вазомоторов (сосудорасширяющих центров и нервов), отвечающих на всякое раздражение, психическое и физическое, расширением сосудов. Сюда относится *erythema ex pudore*, явление красного дермографизма от самых ничтожных механических влияний на кожу и проч.

Однако, самостоятельную активную гиперемию трудно всецело обособить в замкнутую форму, так как переход от нее к дальнейшим изменениям ткани, отеку и воспалению, в ряде случаев представляется постепенным и едва заметным. Для гиперемии требуется лишь известное раздражение сосудорасширителей, для экссудации же необходим еще второй причинный момент, ведущий к трофическим изменениям стенок сосудов (и окружающей ткани). Этот причинный момент может лежать во внешних вредных влияниях на сосуды и ткань (механические, термические, химические, бактерии) и в измененном влиянии со стороны нервной системы. Нередко существует одновременное расстройство сосудодвигательных и трофических центров и нервов.¹ Так, лица, страдающие красным дермографизмом, очень часто заболевают экссудативными процессами, т. е. у них появляется гиперемия, к которой затем присоединяются отек и воспаление. Но, с другой стороны, есть лица, представляющие резко выраженный красный дермографизм, но никогда не страдающие экссудативными процессами. Это указывает на то, что у них сосудодвигательные центры и нервы представляют повышенную раздражительность, но трофическое влияние нервной системы на ткань идет правильно, и потому сосуды и окружающая их ткань обладают нормальной жизнедеятельностью. Поэтому всякое раздражение ограничивается лишь одним скоропроходящим расширением сосудов.

С указанной точки зрения объясняются и явления гиперемии и экссудации, зависящие от внешних причин. Так, известное незначительное механическое раздражение кожи (напр., трение) или химическое (напр., солнечными лучами) вызывает скоропроходящую гиперемию; следовательно, раздражение действует только на сосудорасширяющие нервы. При усилении раздражения, очевидно, страдает уже жизнедеятельность стенок сосудов и окружающей ткани и тогда к гиперемии присоединяется воспаление (дерматит).

Пассивная (венозная) гиперемия кожи характеризуется синева-красным цветом. Когда она существует в течение продолжи-

¹ Трофическое влияние нервной системы на кожу несомненно; что же касается особых трофических нервов, то это вопрос спорный.

тельного времени, она ведет к пропитыванию ткали кровяным пигментом, причем краснота уже не исчезает вполне при давлении. Начинаясь она наблюдается на нижних конечностях и нередко сопровождается отеком. Причинами ее служат общие расстройства кровообращения (пороки сердца, эмфизема) и местные сосудодвигательные расстройства, как это бывает, напр., при болезни Рэйнэ (Raynaud) (синюха конечностей), а также при парезе кожных сосудов, вызванном сильным охлаждением (красный нос).

Отек кожи характеризуется тестоватой припухлостью и зависит от скопления серозной жидкости в межтканевых промежутках соединительной ткани, а также и кожного эпителия. Он является результатом расстройства питания кровеносных сосудов, наблюдаемого при активной (напр., при крапивнице) и пассивной гиперемии, а также как результат заболевания лимфатических сосудов. При долгом существовании он ведет иногда к значительной гипертрофии соединительной ткани (elephantiasis).

Воспаление кожи характеризуется краснотой, не исчезающей вполне при давлении, припухлостью, местным повышением температуры, выпотеванием из сосудов жидких и форменных элементов крови и размножением клеток окружающей соединительной ткани. Инфильтрат в окружности сосудов состоит из эмигрировавших белых кровяных шариков и размножающихся фиксированных клеток соединительной ткани. В последнее время исследователи стараются определять точнее составные части инфильтрата, в котором находят: 1) гипертрофированные клетки соединительной ткани — веретенообразные, с ветвящимися отростками и овальным ядром; 2) тучные клетки — mastzellen, вытянутые, с резко зернистой протоплазмой; нельзя считать решенным, происходят ли они из клеток соединительной ткани (Unna) или из белых кровяных шариков (Ranvier); 3) многоядерные лейкоциты, которые, претерпевая жировое перерождение, могут превращаться в гнойные шарики; 4) эозинофилы — одноядерные лейкоциты, в протоплазме которых много зерен, окрашивающихся эозином; 5) plasmazellen — овальные, с зернистой протоплазмой; вопрос о происхождении их также еще не решен: происходят ли они из одноядерных лейкоцитов крови, или из клеток соединительной ткани; 6) лимфоциты — маленькие клетки с одним большим ядром; 7) эмбриональные (молодые) клетки — одноядерные, различной величины, происходящие от деления различных клеток инфильтрата и самой ткани.

При хроническом воспалении гистологическая картина изменяется в том отношении, что явления клеточной инфильтрации уступают место развитию соединительнотканых волокон.

Причины воспаления разнообразны: оно вызывается механическими, химическими, температурными влияниями, бактериями и их токси-

нами, а также и другими разнообразными токсическими веществами (между прочим и лекарственными — *erythema balsamicum* и пр.) и, наконец, нервным влиянием. Последнее может вести к изменению сосудистых стенок (Лапинский), а следовательно, может обуславливать и воспаление.

Кровоизлияния в коже обуславливаются не только травмой, но и изменением стенок сосудов, которые при этом легко разрываются. Образовавшиеся красные пятна отличаются тем, что они совершенно не изменяются при давлении (*prurigo*), а цвет их постепенно видоизменяется в зеленоватый и желтоватый.

Гипертрофия соединительной ткани кожи зависит от сильного разрастания по преимуществу соединительнотканых волокон, причем толщина кожи может увеличиваться во много раз. Типическим примером служит *elephantiasis*, при котором голени и стопы или мошонка утолщаются до огромных размеров.

Наоборот, при *атрофии* соединительнотканых волокон уменьшаются в количестве и истончаются, причем кожа делается тонкой, как лист почтовой бумаги. Примером может служить *atrophia cutis idiopathica*, также старческая кожа.

Эластическая ткань в острых воспалительных процессах (рожа, многоформенная экссудативная эритема, фурункул), а также в хронических (*eczema*, *lupus erythematosus*, *pemphigus foliaceus*), в инфекционных гранулемах (сарвовская болезнь, волчанка, сифилитический шанкр, папулы и бугорки) и, наконец, при отеках кожи (при пороке сердца, нефрите) претерпевает следующие изменения: эластические волокна постепенно утрачивают способность окрашиваться соответствующими красками, истончаются, распадаются на глыбки и зерна и совершенно исчезают (*elastorrhexis*). Эти изменения объясняются отчасти давлением грануляционной ткани, но преимущественно действием бактериальных токсинов. В гигантских клетках при волчанке и сарвовской болезни находят распадающиеся эластические волокна, что указывает на поглощение и переваривание их клетками.

Изменения эластической ткани наблюдаются не только при кожных страданиях, но и при общих тяжелых процессах. Так, при брюшном тифе, на третьей неделе болезни, эластические волокна кожи и кожных сосудов подвергаются значительному распадению (Сибирский), что, вследствие уменьшения сопротивляемости кожи и сосудов ее к давлению, способствует образованию пролежней. Восстановление эластической ткани может происходить вполне даже в рубцах, но оно совершается месяцами и годами.

В кровеносных сосудах часто встречается *endo-mesoperi vasculitis*.

В лимфатических сосудах—*lymphangoitis*, с утолщением стенок, иногда до полной закупорки сосуда, а также и расширение их.

В нервах кожи— распад миелина, который сначала принимает вид четок, а затем распадается на капли. Что касается голых нервных окончаний, то, к сожалению, патологии их, можно сказать, еще не существует.

В гладких мышцах кожи наблюдаются: *гипертрофия* (при *prurigo*, *pityriasis rubra pilaris*, *ichthyosis*, *elephantiasis*), особенно выраженная, вместе с размножением мышечных волокон, при мнромах кожи, исходящих из мышц сосудов или *m.m. erectorum pilorum*; *атрофия* количественная и качественная с зернистым помутнением и жировым перерождением (при *atrophia cutis idiopathica*, *lepra*, *alopecia senilis*). При экспериментально вызываемом раздражении кожи бактериями, химическими, термическими и механическими влияниями, в мышцах наблюдается разбухание, пропитывание мелкоклеточным инфильтратом, разрывы пучков и хроматолиз (Vignolo-Lutati).

ОБЩАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНЕЙ КОЖИ.

Диагностика болезней кожи, по общему мнению, считается одной из самых трудных задач медицины. Поэтому вполне естественно стремление дерматологии воспользоваться всеми возможными способами исследования для диагноза. Эти способы исследования, различные по своему значению, могут быть сведены к следующим:

1. анамнез может давать ценные указания, и иногда только на основании анамнеза приходится ставить диагноз. Так, напр., в некоторых случаях крапивницы сыпь появляется лишь в известное время дня, что можно узнать только из расспроса больного. Нечего и говорить о том, что анамнез может развернуть целую картину предшествовавшего состояния больного, результатом которого явилось настоящее заболевание кожи. Это особенно относится к нервным сыпям;

2. топография сыпи имеет большое значение, так как многие болезни кожи имеют свои излюбленные места (вшивость, чесотка и др.);

3. продолжительность течения может также служить для диагноза, так как одни болезни имеют хроническое течение, другие острое, и одни имеют склонность производить значительные разрушения в сравнительно короткое время (напр., сифилис), другие нередко остаются почти без изменения целые годы (напр., волчанка);

4. в отношении субъективных ощущений все болезни кожи разделяются на две группы; одни не сопровождаются никакими ненормальными ощущениями, как напр., бородавки, другие же всегда сопровождаются более или менее выраженными ненормальными ощущениями, всего чаще в форме зуда, а также жара, жжения, холода, боли, ползания мурашек, стягивания, покалывания (экзема, эритема и др.);

5. но самое важное диагностическое значение имеют анатомические изменения кожи. В целом ряде случаев кожные страдания представляют при поверхностном осмотре необыкновенное сходство между собою — обстоятельство, которое долго тормозило прогрессивное развитие дерматологии. И только в начале настоящего столетия, благодаря трудам английского дерматолога Виллана, был найден ключ к пониманию существенного различия при видимом сходстве. Этот ключ представляют морфологические элементы сыпи, первичные явления заболевания кожи, на уяснение которых и должно быть обращено вни-

вание при исследовании больного. Каждая отдельная болезнь кожи выражается или особыми морфологическими элементами, или особой группировкой их, или особыми последовательными вторичными изменениями элементарных высыпаний (вторичными морфологическими элементами сыпи).

Первичные морфологические элементы сыпи.

I. Пятно (*macula*). Пятном называется всякое изменение нормального цвета кожи, что может зависеть: а) от изменений в сосудах — сосудистое пятно, б) от ненормальной пигментации — пигментные пятна; в) от присутствия растительных паразитов, залегающих в верхних слоях покровного эпителия — паразитарные пятна.

а) *Сосудистые пятна* могут зависеть: 1) от гиперемии кожи без инфильтрации, такие пятна при давлении совершенно исчезают, напр., *erythema ex pudore*; 2) от гиперемии и инфильтрата — когда происходит выход из сосудов белых шариков и гемоглобина крови; эти пятна при давлении не вполне исчезают, а лишь несколько бледнеют; примером может служить *roseola syphilitica*; 3) от разрыва сосудов — сюда относятся *vibices* (если они имеют форму полосок), *petechiae* (если пятна точечной величины), *ecchymoses* (если они занимают более значительное пространство); 4) от гиперемии, инфильтрации и разрастания сосудов — напр., *aspe rosacea* (на красном фоне интенсивно окрашенные полосы расширенных и новообразованных сосудов и узеловатые утолщения).

б) *Пигментные пятна* обуславливаются измененным количеством пигмента — увеличением или уменьшением его в клетках покровного эпителия, также развитием меланобластов и хроматофоров в соединительной ткани. Сюда относятся: *chloasmata uterina* (маточные пятна или иначе печеночные) на коже лба, носа и щек; *morbus Addisonii*, когда вся кожа и слизистые пигментированы, *vitiligo* (потеря пигмента) и проч.

в) К *паразитарным пятнам* принадлежат пятна *pityriasis versicolor* и *erythrasma* — буровато-желтоватые пятна на груди, на спине, животе, бедрах, зависящие от присутствия грибка *mikrosporon furfur* и *mikrosporon minutissimum* в самых поверхностных частях рогового слоя, также красноватые, шелушащиеся, правильно круглые пятна *herpes tonsurans*.

Величина пятен вообще различна, начиная от точечной до величины чечевицы, боба и т. д. до сплошных больших пятен, занимающих целые области кожи и даже всю поверхность кожи.

По форме можно различать пятна круглые, овальные и т. д.

II. Узелок (*papula*). Узелки или папулы представляют патологическое образование в форме слегка возвышающегося ограниченного

уплотнения, занимающего поверхностную часть кожи и не склонного к распаду и образованию язвы.

По величине папулы разделяются на: а) *миллиарные* в булавочную головку (напр., папулы *lichen ruber acuminatus* и милиарного сифилида); б) *лентикулярные* — в чечевицу (напр., всего чаще встречающиеся при сифилисе); в) *крупные гипертрофические* — до серебряного рубля (иногда встречаются при сифилисе).

По форме папулы делятся на *конические* (*lichen ruber acuminatus*), *полусферические* (напр., лентикулярный сифилид) и *плоские*, когда вертикальный диаметр значительно меньше поперечного (напр., *lichen ruber planus*).

Цвет папул разнообразный: то не отличается от цвета нормальной кожи (напр., начальная бородавка, *molluscum contagiosum*), то красный (при сифилисе медно-красный), белый (*milium*), желтоватый (*xantoma*).

Поверхность то покрыта нормальным роговым слоем, то чешуйками (шелушащиеся папулы), то роговыми наслоениями (роговые папулы, напр., бородавка), то представляется мокнущей (мокнущие папулы).

Окружность папул или нормальна, когда процесс не имеет воспалительного характера, как при сифилитических папулах, или же гиперемирована, когда имеется дело с воспалительным процессом, как при *erythema exsudativum multiforme papulosum*.

По патолого-анатомическим изменениям различают: 1) папулы, зависящие от наслоения эпидермоидальных клеток; примером может служить мозоль и *lichen pilaris*. В последнем случае эпидермоидальные клетки скопляются в виде конуса у выходного отверстия волоса, и каждая такая папула прободается в центре волосом; 2) папулы, которые образуются вследствие тех или других изменений в железах, как, напр., *milium* — папула беловатого цвета, зависящая от задержки плотного отделяемого сальной железы в протоке ее; 3) папулы, зависящие от отека сосочков без инфильтрации их, как это бывает при крапивнице (*urticaria*); такую папулу называют волдырем (*urtica*); к отличительным чертам ее относится эфемерность ее существования (существует несколько часов или даже десятки минут); 4) и, наконец, папулы, зависящие от инфильтрации поверхностных частей соединительнотканной основы кожи — сосочкового и подсосочкового слоев. Сюда относятся папулы сифилитические, *lichen ruber*, *erythema exsudativum* и др.

Папулы не имеют склонности к распаду и изъязвлению (кроме исключительных условий для раздражения), а потому не оставляют после себя рубцов. Самое большее, что остается иногда на месте бывшей папулы, это так называемый атрофический рубец, зависящий не от распада, а от развития из инфильтрата соединительной ткани.

III. Бугорок (*tuberculum*). Так называется патологическое образование в форме возвышающегося ограниченного уплотнения, поме-

щающегося в более глубокой части собственно кожи или в подкожной клетчатке и наклонного к распаду и образованию язвы. Величина бугорка от просыаного зерна до горошины и более, консистенция плотная. Цвет телесный или красный. Поверхность гладкая или шелушащаяся или изъязвленная. Бугорки отличаются от папул: 1) по своему положению: они расположены всегда в соединительнотканной части кожи и притом не только в поверхностных, но и в глубоких слоях ее; 2) величина их обыкновенно больше величины папул; 3) наконец, бугорки часто изъязвляются (сифилитические бугорки) и оставляют после себя неизгладимый след — рубец; со стороны патолого-анатомической бугорок всегда представляет инфильтрацию ткани.

Примерами могут служить сифилитические и волчаночные бугорки.

IV. Узел (nodus). Так называется большое, с вишню или грецкий орех, патологическое образование, твердое, иногда размягчающееся, иногда изъязвляющееся, располагающееся в подкожной клетчатке и нередко распространяющееся на собственно кожу. Примером могут служить сифилитические гуммы (размягчающиеся и изъязвляющиеся), узлы проказы (изъязвляющиеся), узлы erythema nodosum (не размягчающиеся и не изъязвляющиеся), узлы фурункула и карбункула (нагнаивающиеся).

V. Шишка (phyma). Шишкой называется большой узел, величиною до куриного яйца; он развивается в глубоких частях кожи. Примером может служить rhynophyma — значительная гипертрофия кожи носа.

Все перечисленные до сих пор формы принадлежат к плотным образованиям; следующие содержат большее или меньшее количество жидких составных частей.

VI. Пузырек (vesicula). Пузырек представляет собою патологическое образование в форме возвышения кожи от булавочной головки до чечевицы, наполненного прозрачною жидкостью. Образование его происходит в эпителии. Отличают две формы пузырьков, по их способу происхождения: одни — однополостные образуются путем акантолиза, вследствие простой отслойки эпителиальных слоев друг от друга (pemphigus), другие же образуются вследствие вакуольного перерождения эпителиальных клеток, причем все содержимое клеток расплывается, а часть оболочек остается; при слиянии этих полостей получается многопетлистая сеть, выполненная серозною жидкостью, а также и эмиграционными клетками. Поэтому таким пузырькам присвоено название многополостных (herpes, pemphigus vegetans и др.). Деление пузырьков на однополостные и многополостные основано, главным образом, на гистологическом исследовании, но до известной степени доступно и клиническому исследованию: 1) при помощи зонда, введенного в полость пузырька, можно определить, имеет ли она перегородки или вся она представляется сплошной, нераздельной; 2) по разрезе покрывки

пузырька и при давлении на нее однополостной пузырек тотчас совершенно спадается, так как все содержимое его выливается, а многополостный пузырек требует повторного и продолжительного давления, чтобы совершенно освободиться от наполняющей его жидкости, так как последняя встречает значительное препятствие для своего выделения в многочисленных перегородках, пересекающих в различных направлениях данную полость. Более или менее глубокое положение пузырька в эпидермисе можно определить: 1) по большей или меньшей толщине покрывки его и 2) по микроскопическому исследованию содержимого пузырька и особенно соскоба со дна его, причем присутствие характерных клеток различных слоев эпидермиса (цилиндрических, зернистых, роговых чешуек) может дать указание на более или менее глубокое положение пузырька.

Содержимое пузырька большею частью представляет прозрачную жидкость, в которой из форменных элементов содержатся в скудном количестве эпителиальные клетки и лейкоциты, а химический анализ обнаруживает сродство ее с кровяной сывороткой и лимфой; количество плотных частей на 1 000 — от 40 до 60, главным образом белковые тела — $\frac{5}{6}$ всего количества плотных веществ; затем следуют соли, преимущественно хлористый натр и, наконец, встречаются и окончательные продукты азотистого обмена: мочевины и аммиака. Отсюда видно, что значительно распространенная пузырчатая сыпь должна оказывать известное влияние на общую экономию организма, так как последний теряет вместе с высыпанием пузырьков питательные белковые вещества.

Жидкость пузырьков иногда содержит кровь (*pemphigus haemorrhagicus*), что указывает уже на совместное поражение сосудистой системы, а также по прошествии некоторого времени может делаться мутным от примеси гноя, образующегося при действии бактерий (*staphylococcus*, *streptococcus*), которые легко проникают из воздуха через тонкую и мацерированную покрывку пузырька. В последнем случае он называется пустулой. В пузырьках *pemphigus*'а и *dermatitis herpetiformis* Дюринга находят большое количество эозинофилов. По заживлении на месте пузырька никогда не образуется рубца.

VII. Пузырь (*bulla*). Пузырь отличается от пузырька своею величиною, достигая величины гусиного яйца.

VIII. Гнойничок (*pustula*). Гнойничок по внешнему виду отличается от пузырька или пузыря своим мутным содержимым, вследствие присутствия гнойных элементов. Отличают два вида гнойничков: одни, поверхностные, образуются в Мальпигиевом слое в форме многокамерного пузыря, с вакуольным перерождением клеток (напр., *impetigo*) и заживают без образования рубца; другие, глубокие, развиваются в соединительнотканной части кожи (напр., *ecthyma*) и заживают с образованием рубца.

Вторичные морфологические элементы сыпи.

Вышеописанные первичные морфологические элементы сыпи или остаются долгое время без всяких дальнейших видоизменений (напр., бородавки) или же, через более или менее продолжительное время, претерпевают различные видоизменения. Эти последние представляют собою вторичные морфологические элементы сыпи, которые нередко дают картину болезни, совершенно непохожую по внешнему виду на начальное высыпание.

В таком случае при постановке диагноза необходимо уяснить вопрос о том, каковы были первичные высыпания. Это достигается главным образом отысканием среди вторичных изменений первичных элементов сыпи, что почти во всех случаях удается при тщательном исследовании. Но, кроме того, в ряде случаев самые вторичные изменения имеют такие характерные черты, по которым можно сказать, из каких элементов они произошли. Так, напр., мокнутие, ссадины и корки при экземе часто бывают так характерны, что диагноз можно поставить даже и в том случае, когда не удастся отыскать морфологического элемента, свойственного болезни, — пузырька, который при названном страдании отличается своею недолговечностью.

К вторичным формам заболевания кожи относятся: ссадины, язвы, чешуи, корки, рубцы, рубцевидная атрофия, трещины и вегетации.

I. Ссадиной (excoriatio) называется такой участок кожи, на котором удален покровный эпителий во всей его толще или более поверхностные слои его, при чем *corium* остается целым или также частью удаляется. Можно отличать ссадины поверхностные, когда удалена лишь часть эпидермиса, и глубокие, когда удалена и часть собственно кожи. Таким образом, дно ссадины составляет или основная перепонка, от которой весь эпителий удален, или более менее глубокие слои покровного эпителия или *cutis*. Микроскопическое исследование соскоба, взятого со дна ссадины, в котором или совсем не будет эпителиальных клеток или клетки глубоких (характерные цилиндрические клетки), средних (многоугольные) или поверхностных слоев (зернистые, стекловидные, роговые), может дать представление о глубине ссадины, что может иметь некоторое диагностическое значение. Напр., соскоб, взятый со ссадненных участков при *pemphigus foliaceus*, обнаружит зернистые клетки из зернистого слоя, так как самый процесс протекает в поверхностном слое эпителия.

Происхождение ссадин может быть двояким: или они свойственны данной болезни и составляют неотъемлемую часть ее симптоматиологии, как напр., при экземе, пемфигусе и др., или они имеют чисто механическую причину образования; так, напр., сифилитические папулы,

образующиеся вследствие отложения инфильтрата в *cutis*, по существу не имеют склонности к образованию ссадин, но если они располагаются на соприкасающихся поверхностях кожи, то роговая покрывка их мацерируется и сходит, потому и вся поверхность папулы представляется ссадненной — мокнущей. Точно так же, когда, в сравнительно редких случаях, высыпание сифилитических папул сопровождается зудом, тогда на них могут образовываться ссадины вследствие чесания.

Ссадины, происходящие не вследствие внешних влияний, а вследствие свойства самого болезненного процесса, обыкновенно образуются из пузырьков или поверхностных пустул, занимающих эпидермис, после разрыва покрывки и истечения содержимого их. Поэтому в большинстве случаев величина и форма таких ссадин вполне соответствует величине и форме пузырька или пустулы. При слиянии последних ссадины имеют фестончатые края, ясно указывающие на их происхождение из слившихся первичных высыпаний.

II. Язва (*ulcus*). Язва представляет распад ткани первичного элемента (пустулы, бугорка, узла), а также нередко и окружающей основной ткани *corii*, подкожной клетчатки или даже мышцы, также надкостницы и кости, — распад, обусловленный или свойством самого болезненного процесса, или внешними вредными влияниями на пораженную кожу. Поэтому в одних случаях наперед можно сказать, что данный первичный морфологический элемент перейдет в язву (напр., сифилитическая гумма), в других же случаях развитие язвы на пораженных местах чисто случайное и зависит от механических и химических влияний и от поступления инфекционных начал (язвы на ссадинах, при *remphigus* и т. п.).

Являясь вообще вторичным элементом, в некоторых случаях язвы развиваются первично, напр., прободающая язва, хроническая язва голени.

При описании язв необходимо обращать внимание на их дно, края, отделяемое и окружающую ткань.

Дно может быть ровным (сифилитический первичный склероз) или изрытым (мягкий шанкр). Цвет его, после вытирания, то красноватый (сифилитический первичный склероз, трофоневротические язвы), то сероватый, сальный, когда дно покрыто распадом ткани. При гангрене оно принимает черноватый оттенок (гангренозный шанкр).

Края или постепенно переходят в дно (первичный сифилитический склероз), или бывают круты, словно обрезанные, или, наконец, подрывы (при мягком шанкре).

Отделяемое язвы то очень скудное (сифилитический первичный склероз, кожный рак), то обильное — гнойное (мягкий шанкр) или ихорозное (гангренозный шанкр).

Окружающая ткань или инфильтрирована (все сифилитические язвы), или воспалена (краснота, отечность при мягком шанкре и воспалительном первичном сифилитическом склерозе). Язва всегда заживает рубцом.

III. Чешуя (squama). Чешуя представляет отделившуюся или готовую отделиться пластинку рогового покрова. Микроскопически чешуя состоит из роговых клеток, представляющих или в виде нормально ороговевших безъядерных клеток (физиологическое шелушение), или не вполне ороговевших клеток с ядрами (при psoriasis). Отделение роговых чешуек носит название шелушения (desquamation). Отличают крупно-пластинчатое шелушение, когда отторжение рогового слоя идет целыми большими пластинами (напр., после скарлатины, при erythema scarlatiniforme) и мелко-пластинчатое, мукообразное (при psoriasis). Шелушение появляется на первичных морфологических элементах: на пятнах (erythema maculatum, psoriasis), папулах (сифилитическая папула в стадии атрофии), бугорках, а равно также по засыхании и отпадении пузырьков и пустул (eczema squamosum и т. п.). Наичаще оно является при атрофии сыпи и зависит от недостатка питания рогового слоя, вследствие происшедшего расстройства кровообращения. Следовательно, оно является как вторичное расстройство, зависящее не от существа болезни, а от местных расстройств кровообращения, каким бы страданием они ни были вызваны. Однако, необходимо сказать, что в некоторых случаях шелушение, повидимому, связано прямо с существом болезни и является не вторичным изменением, а первичным, по крайней мере, почти современным появлению первичного морфологического элемента. Так, при psoriasis появившееся красное пятно очень быстро покрывается обильным количеством серебристых чешуй, так что мы обыкновенно не видим у больного ни одного красного пятна, а все пятна покрыты чешуями; при pityriasis tabescentium шелушение составляет единственное и притом первичное изменение.

Наличность шелушения, его качество и количество имеют известное значение для диагноза. Так, напр., roseola syphilitica не дает шелушения, и, наоборот, пятна эритемы скоро начинают шелушиться. Папула сифилитическая покрывается пластинчатой чешуей, которую можно отделить en masse, папулы lichen ruber покрываются мелкими чешуйками, которые соскабливаются в виде муки. Но в то же время образование чешуй при lichen ruber незначительно, тогда как при psoriasis оно очень обильно, и стоит провести рукой по коже псориатика, чтобы получить на полу, у ног его, большое количество серебристых чешуй.

IV. Корка (crusta) образуется из высохшего содержимого пузырька, пустулы и отделяемого ссадины и язвы, также из нитей и

спор грибков (желтые корки при favus); к высохшей жидкости может присоединяться роговая или вообще эпителиальная покрывка пузырька или пустулы.

Толщина корки различная, смотря по продолжительности и интенсивности экссудативного процесса, вследствие которого она образовалась. Вообще, корки бывают тем толще, чем медленнее происходило выпотевание и чем дольше оно продолжается. Некоторые корки характерны своим видом, напр., экзематозные похожи на мед, корки сифилитической рупии имеют концентрически-слоистое строение.

V. Рубец (cicatrix). Рубец получается при заживлении глубоких пустул и язв и представляет собой новообразованную ткань, пополняющую происшедшую потерю вещества кожи. От нормальной кожи рубец отличается блестящей поверхностью, исчезновением красящего вещества, волос и желез, а также малым количеством сосудов. Молодые рубцы представляются бледно-красными, более старые — совершенно белыми, блестящими. Обыкновенно рубцы лежат ниже уровня окружающей кожи, но иногда они бывают плотными и возвышенными (гипертрофические келоидные рубцы). Состоят из волокнистой соединительной ткани.

VI. Рубцевидная атрофия представляет рубцевидное изменение, происшедшее без предварительного распада ткани, путем перехода элементов инфильтрата в плотную соединительную ткань, при одновременной атрофии нормальных элементов кожи (волос, желез, сосочков). Такая кожа беловатая, слегка блестящая и истонченная. Это изменение нередко наблюдается при favus.

VII. Трещины (rhagades) зависят от потери кожей эластичности, вследствие чего на местах более сильного натяжения получают разрывы, более или менее глубокие, то ограничивающиеся эпидермисом, то проникающие в corium. Любимые места трещин — разгибательные поверхности суставов. Трещины образуются при ихтиозе, хронической экземе и других болезнях, соединенных с уменьшением эластичности кожи.

VIII. Vegetации представляют разрастания эпидермиса и сосочков. Они имеют вид то папул, как, напр. разрастания пузырей pemphigus vegetans, то разной величины сосочков, как напр., при слоеновой болезни, при остроконечных кондиломах.

Причины болезней кожи.

В этиологии кожных болезней значительную роль играет наследственность (ichthyosis, naevi, alopecia haereditaria и др.). Что же касается до причин приобретенных болезней, то их можно разделить на внешние и внутренние.

Внешние производящие причины действуют на кожу снаружи, непосредственно. Они могут быть соединены в следующие группы.

I. *Механические причины* в форме трения, давления, ушиба. Они вызывают: 1) дерматит с образованием красноты, папул, пузырьков и гнойничков, как это бывает, напр., при зуде различного происхождения, когда сам больной раздражает свою кожу чесанием, при массаже, втираниях и проч.; 2) неправильности ороговения, как, напр., мозоли на местах давления обуви; 3) кровоизлияния самой разнообразной величины.

II. *Химически действующие вещества*, содержащиеся в жидкостях самого организма, как напр., в поту, в сахарной моче, а также в лечебных средствах, напр., в *tinct. jodi*, *ol. crotonis* и пр., в соленых, грязевых и других ваннах и т. п., могут вызывать дерматит, а равно разрастание сосочков и рогового слоя, как это бывает, напр., в острых конечных кондиломах при раздражении кожи и слизистой трипперным отделяемым.

Предлагаемые в настоящее время во множестве, для дерматологической практики, новые химические соединения прежде всего должны быть тщательно исследованы со стороны способности их причинять раздражение кожи.

Химическим действием X-лучей на кожу объясняется дерматит и омертвление кожи, иногда наблюдаемые на месте приложения Рентгеновых лучей.

Усиленная выработка пигмента (загар, веснушки) под влиянием солнечных лучей обуславливается именно химическими лучами, так же как и *erythema solare*.

III. *Термические влияния* высокой и низкой температуры могут вести к стойкому расширению сосудов (красный нос от ознобления), к дерматитам, иногда с омертвлением ткани (ожог и отморожение).

Неблагоприятное влияние всех указанных причин в значительной степени зависит от индивидуальной чувствительности кожи и, главным образом, ее сосудисто-нервного аппарата. Практика указывает, что при существовании красного дермографизма все внешние влияния оказывают наибольшее действие. Точно также у известных предрасположенных лиц внешнее раздражение может служить толчком к обнаружению некоторых болезней, как, напр., экземы, псориазиса, не только на месте раздражения, но и в отдаленных областях. Так, иногда после смазывания небольшого участка йодовой настойкой получается эритема как этого, так и отдаленных участков кожи.

IV. *Растительные паразиты*. Одни избирают своим местопребыванием эпителиальный покров кожи и его придатки, причем они почти не оказывают никакого влияния на общую экономию организма. Таковы: *mikrosporon furfur* при *pityriasis versicolor*, *mikrosporon minu-*

tissimum при erythrasma, achorion Schönleinii при favus, trychophyton tonsurans при herpes tonsurans. Другие поселяются в соединительно-тканном слое кожи, образуя гранулемы и кисточки с фистулезными ходами, и, обладая способностью разноситься по другим органам, причиняют тяжелое общее страдание, приводящее к смерти. Таковы дрожжевые грибки (blastomycetes), sporotrichum, actinomyces.

V. *Животные паразиты* живут на поверхности кожи, обуславливая укусами зуд и воспаление кожи, каковы вши, клопы, оводы и др., или же проникают в эпителиальный покров, как напр., sarcoptes scabiei, причиняющий сильный зуд, личинка овода gastrophylus, а также в соединительнотканый слой кожи и подкожную клетчатку, как напр., cysticercus и filaria sanguinis. Последняя, закупоривая лимфатические сосуды, ведет к разрастанию ткани в форме elephantiasis.

VI. *Бактерии* вызывают образование гранул (туберкулезные, лепрозные, риносклеромы), воспаление (рожистые чепекокки), нагноение (гроздевидный, цепочечный кокк, сибиреязвенные и сапные бактерии), изъязвление (бациллы мягкого шанкра).

Внутренние причины, нужно думать, очень разнообразны. В настоящее время мы, до известной степени, достаточно ознакомлены с болезнями, зависящими от заболевания нервной системы и от влияния токсических веществ.

I. Так называемые *нервные болезни кожи* зависят от первичного заболевания центральной или периферической нервной системы, причем эти заболевания могут касаться лишь отдельных каких-либо частей ее. Так, расстройство секреторных центров и нервов дает изменение в потоотделении: hyperidrosis, anidrosis, с их последствиями; расстройство чувствительных центров и нервов ведет к pruritus cutaneus; расстройство сосудистых ведет к erythema, erythromelalgia, асне rosacea и проч.; расстройство трофических — к выпадению волос, потере пигмента и пр.

Клинические особенности нервных кожных болезней состоят в следующем:

1) очень часто такие больные имеют нервную наследственность; иногда такие семьи могут быть названы вырождающимися;

2) нередко кожное страдание развивается вслед за вредным влиянием на нервную систему, каковы, напр., ушиб, нравственное потрясение, умственное переутомление. Иногда можно ясно проследить, как за повторным вредным влиянием на нервную систему повторно развивается одно и то же кожное страдание;

3) очень часто одновременно с кожным страданием существуют и нервные расстройства, которые в одних случаях ясно бросаются в глаза, а в других требуют для своего обнаружения тщательного клинического исследования больного;

4) нередко сыпь занимает область разветвления определенных нервных стволов или область иннервации определенных отрезков спинного мозга, как это наблюдается, напр., при herpes zoster, lichen ruber, hyperidrosis, eczema и пр.;

5) довольно часто замечается симметрическое расположение сыпи, как напр., при keratosis palmaris et plantaris symmetrica, eczema и др.;

6) соответствующее лечение нервной системы оказывает благоприятное влияние на кожное страдание.

Физиологическим основанием для нервной теории, помимо общеизвестных фактов, указывающих на существование в нервной системе сосудистых, секреторных и трофических центров кожи, служат некоторые экспериментальные исследования. Так, Гауле (Gaule), при раздражении межпозвоночных узлов у лягушек и кроликов, получал исчезновение пигмента кожи, увеличение числа эпителиальных клеток и углубления в коже. М. Жозеф (Max Joseph), Мибелли (Mibelli), Москаленко и Тер-Грегорьянц, при вырывании межпозвоночных узлов, а также при перерезке соответствующих корешков у собак и кошек, получали круговое выпадение волос.

Наконец, патолого-анатомические исследования, указывающие на ясные изменения в нервной системе, напр., при herpes zoster, pemphigus, подтверждают достоверность нервной теории.

II. *Токсические болезни кожи* вызываются различными вредно действующими химическими веществами, находящимися в организме. Эти последние можно разделить на следующие группы.

1. Вредно действующие вещества, вырабатываемые самим организмом. Задержка нормальных составных частей организма, как напр., желчных кислот при ретенционной желтухе, составных частей мочи (уремия), вызывает зуд, крапивницу и эритему. При усиленной выработке ненормальных продуктов обмена, как это бывает при мочекишечной диатезе (подагре), сахарном мочеизнурении, adipositas, развивается зуд, эритема, xantoma diabeticorum, furunculosis, eczema.

В кишечном канале, особенно при вялости и ненормальном брожении, вырабатываются токсины, вызывающие крапивницу, экзему, эритему, кожный зуд.

Наконец, при заболевании органов с внутренней секрецией вырабатываются токсины, вызывающие различные заболевания кожи (myxoedema при заболевании щитовидной железы, усиленное образование пигмента — morbus Addisoni при заболевании надпочечных желез и др.). При некоторых особых физиологических состояниях, как-то: в периоде месячных, при беременности, в послеродовом и климактерическом периодах, нужно думать, могут вырабатываться вредные химические вещества, вызывающие зуд, эритему, pemphigus, impetigo herpetiformis.

2. Многие химические вещества, вводимые в организм в форме лекарственного или пищевого средства, нередко ведут к заболеванию кожи. Так, бромистые и иодистые препараты, антипирин, копайский бальзам, кровяная сыворотка, также химические вещества, содержащиеся в теле некоторых животных (раки) и растениях (земляника и др.), равно как бактериальные токсины, напр., содержащиеся в туберкулине, нередко вызывают эритему или крапивницу. Механизм действия всех этих веществ двоякий: или они действуют непосредственно на кожу, вызывая сыпь, или же чрез посредство нервных центров.

Классификация болезней кожи.

До сих пор нет еще строго определенной классификации, которой бы придерживались все исследователи. Существует несколько видов классификаций, принимающих за исходную точку различные принципы:

1. Морфологическая классификация. Основным принципом ее служат морфологические изменения кожи. Таким образом, получают группы папулезных, пустулезных, везикулезных и др. болезней. Такое деление, однако, не выдерживает критики на том основании, что в одну группу могут быть собраны болезни с совершенно различной этиологией, напр., *acne vulgaris* и *acne syphilitica*.

2. Анатомическая классификация. В основе ее лежит тот взгляд, что заболевания различных отдельных тканей кожи можно рассматривать и описывать отдельно, напр., заболевания сосочкового слоя, подкожной клетчатки, эпителия, желез и т. д. Но при этом совершенно упускается из виду, что при заболевании кожи редко поражаются отдельные какие-нибудь части ее, а в большинстве случаев поражаются многие составные части.

3. Патолого-анатомическая классификация. Здесь принимаются во внимание патолого-анатомические изменения, каковы: воспаление, гипертрофия, атрофия ткани и проч. Эта классификация, стоя во многом выше предыдущих, представляет, однако, один недостаток, свойственный последним: болезни, различные по вызывающей их причине, соединяются в одну группу.

4. Этиологическая классификация теоретически представляется идеальной, так как здесь нам приходится иметь дело с первой причиной болезней. К сожалению, этиология многих заболеваний кожи нам до сих пор неизвестна, поэтому эта теоретически-идеальная система на практике не может быть удовлетворительно выполнена, по крайней мере, при настоящих наших познаниях. Классификация эта примерно представляется в следующем виде:

А. Болезни от внешних причин:

- а) механические раздражения (трения и пр.);
- б) химические (кислоты, щелочи и пр.);
- в) термические (ожог, отморожение и пр.);
- д) паразиты: животные, растительные и бактерии.

В. Болезни от внутренних причин:

- а) нервные болезни;
- б) токсические болезни, зависящие от различных химических веществ, поступивших в организм с пищей, с лекарствами, или вырабатываемых самим организмом (избыток мочевой кислоты и пр.).

С. Эндокринные заболевания, зависящие от нарушения деятельности желез с внутренней секрецией.

Для начального изучения дерматологии большое значение имеет морфологическая классификация. Но в то же время приходится пользоваться анатомической (болезни волос, ногтей), патолого-анатомической (аномалии ороговения и др.) и этиологической (группа паразитарных болезней, нервных и проч.). Впрочем, если бы даже и существовала одна вполне выработанная классификация болезней кожи, то и тогда, при одновременном теоретическом и клиническом изучении дерматологии, мы едва ли могли бы строго держаться определенного порядка в изучении отдельных форм болезней, всегда находясь в зависимости от наличности клинического материала.

СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

*ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ И ТЕРАПИЯ БОЛЕЗНЕЙ
КОЖИ*

МОКНУЩИЙ, ПУЗЫРЬКОВЫЙ И ЧЕШУЙЧАТЫЙ ЛИШАИ.

МОКНУЩИЙ ЛИШАИ. КАТАР КОЖИ.

(Eczema.)

Слово экзема происходит от греческого *ἐκζεω* — вскипаю. Этим именем называют очень распространенную болезнь кожи, которая, со стороны морфологической, отличается большим разнообразием как первичных элементов (пятна, папулы, пузырьки, гнойнички), так и вторичных (корки, чешуйки, ссадины); со стороны субъективных ощущений характеризуется сильным зудом; в отношении локализации проявляет большую склонность к симметрическому расположению, а в отношении течения отличается большою склонностью к обострению, возвратам и к хроническому течению, нередко продолжаясь годы и десятки лет. Красные пятна экземы, открывающие собою начало разнообразных кожных изменений при экземе, нерезко очерчены, поверхность их шероховатая, величина и очертания самые разнообразные; сравнительно скоро, через 1—2 дня, на пятне появляются возвышения в форме папул, представляющих, собственно говоря, начальные пузырьки, в которых жидкости еще так мало, что она не просвечивает через покрывку. Папулы переходят в пузырьки, а потом в гнойнички.

Пузырьки обыкновенно очень маленькие, величиною с булавочную головку; в большинстве случаев они отличаются недолговечностью, так как тонкая покрывка их легко разрывается; поэтому весьма часто мы не видим самых пузырьков, а лишь открытые доньшки их в виде сливающихся ссадин, выделяющих экссудат, который собирается на свободной поверхности, обуславливая мокнутие то незначительное, то очень обильное; в последнем случае пораженное место, можно сказать, обливается экссудирующей жидкостью; отсюда и название «мокнущий лишай». Гнойнички образуются из пузырьков, когда прозрачное содержимое последних делается мутным, вследствие вторичного заражения гнойными кокками. Но так как пузырьки обыкновенно недолговечны, то поэтому лишь немногие из них имеют время для перехода в гнойнички, которые вследствие этого наблюдаются далеко не всегда и в ограниченном количестве. Дальнейшее течение совершенно такое же, как и

пузырьков, т. е. покрывка их разрывается, и обнажаются красные влажные доньшки.

После известного периода времени жидкое отделяемое ссадненных поверхностей делается более густым, клейким, поэтому и более склонным к засыханию; тогда пораженный участок покрывается корками.

Корки при экземе имеют разнообразную величину, толщину, форму и цвет. До известной степени характерный цвет их желтоватый, подобный меду. Но под влиянием пыли и грязи основной цвет большею частью ступшевывается. Для экземы характерно то обстоятельство, что по снятии корок открывается ссадненная, но не язвенная поверхность, как то обнаруживается по снятии корок при сифилисе, волчанке, *eczema vulgaris* и пр.

По истечении известного времени корки отходят, обнажая красную шелушащуюся поверхность без рубцовых изменений, постепенно утрачивающую окраску и шелушение и принимающую, наконец, вид нормальной кожи.

Сообразно с описанным течением морфологических элементов и течение экземы разделяют на известные периоды: 1) *eczema erythematosum*; 2) *ecz. papulosum*; 3) *ecz. vesiculosum*; 4) *ecz. pustulosum*; 5) *ecz. rubrum s. madidans*; 6) *ecz. crustosum*; 7) *ecz. squamosum*.

Однако, не всякий участок кожи в каждом данном случае обязательно проходит все указанные стадии болезни, точно также иногда некоторые периоды являются очень кратковременными. Так, напр., нередко в ряде последовательных изменений отсутствуют *eczema pustulosum* и *eczema madidans*, когда пузырьки быстро засыхают в корки. На некоторых пораженных участках все изменения могут ограничиваться *eczema erythematosum*, *papulosum* и *squamosum* (абортивная форма). Необходимо указать на то, что очень нередко, вследствие постоянных обострений процесса, вышеизложенная правильная последовательность кожных изменений нарушается. Так, напр., *eczema crustosum* и *eczema squamosum* многократно могут возвращаться к стадии везикулезной и мокнущей. В характеристику экземы входит не только склонность процесса к распространению его на здоровые поверхности кожи, но также и часто возобновляющееся высыпание пузырьков на тех местах, которые были уже на пути к полному оздоровлению, сохраняя лишь незначительную окраску и шелушение.

Вышеуказанная типическая последовательность изменений морфологических элементов может быть воспроизведена экспериментально при известных внешних раздражениях здоровой кожи, напр., при втирании *ol. crotonis* (искусственная экзема). Разработкой экспериментального воспроизведения болезни мы обязаны, главным образом, Ф. Гебре, который таким путем доказал, что различные формы экземы, резко отли-

чающиеся между собой по внешнему виду и потому нередко относившиеся врачами к различным болезням, составляют не что иное как стадии одного и того же страдания — экземы. Однако, нужно помнить, что эксперименты Гейбры относятся лишь к морфологическим изменениям, наблюдаемым при экземе, но не к самой экземе, которая по своему течению и этиологии резко отличается от искусственно вызванного дерматита. Это последнее обстоятельство не было принято во внимание экспериментатором.

Экзему разделяют, по течению ее, на острую и хроническую. Впрочем, некоторые авторы совершенно не признают острой формы, относя ее в группу эритем. Несомненно, в практике нередко смешивают эритему экссудативную с острой экземой, вследствие очень большого сходства морфологической картины того и другого страдания, но с другой стороны, известно, что в некоторых случаях острая экзема непосредственно переходит в хроническую, и еще чаще можно наблюдать случаи, в которых среди течения типической хронической экземы развивается острая форма ее. Поэтому мы считаем более целесообразным удерживать вышеуказанное старое деление.

Острая экзема.

Eczema acutum. Остро протекающая экзема появляется или без всяких предвестников или же после неопределенного общего недомогания (слабость, вялость, головная боль, незначительная лихорадка) в продолжение 1—2 суток. Затем, на тех или других участках кожи появляется ощущение напряжения, зуда, жжения. При объективном исследовании этих мест оказывается, что данные участки красны, шероховаты, немного припухшие. Шероховатость обусловливается развитием большего или меньшего количества мелких папулок, которые затем переходят в пузырьки. Покрышка последних скоро разрывается, и тогда начинается мокнутие.

Сыпь вызывает сильный зуд, и больной не в силах воздержаться от чесания, которое вызывает еще больший зуд.

Болезнь не ограничивается одними с самого начала заболевшими участками, напротив, с каждым днем она захватывает новые и новые поверхности.

Таким образом, в то время как одни места представляются мокнущими или уже покрывшимися корками, другие представляют лишь красноту и припухлость.

Благодаря быстрому переходу одной стадии экзematозных изменений в другую, картина изменяется с каждым днем: там, где вчера была лишь краснота, сегодня находим мокнутие, а мокнувшие места уже покрыты корками. К тяжелым ощущениям зуда присоединяются

тяжелые ощущения, причиняемые сильным мокнутием и образованием толстых корок. На мокнувших местах обнаженный Мальпигиев слой является крайне чувствительным к прикосновению белья, особенно вследствие прилипания его, а также и к атмосферному влиянию. На местах, покрытых корками, всякое давление вызывает боль и образование трещин. Чем больше пораженная поверхность, тем больше тяжелых субъективных ощущений, которые особенно мучают больного в случае *eczema universale*, покрывающей всю поверхность кожи больного.

При острой экземе больной уже сравнительно скоро, в силу необходимости, бывает вынужден отказаться от обычной работы и принять постельное положение.

Однако, едва ли мы были бы правы, если бы на вопрос, почему больной лежит в постели, мы привели бы только вышеуказанные причины. Есть полное основание думать, что общее состояние больного страдает и помимо влияния на него тяжелых субъективных ощущений в пораженной коже. Так, нередко чувство зуда, всегда составляющее при экземе самый мучительный симптом, бывает, однако, совершенно непропорционально интенсивности анатомических изменений: при слабо выраженных кожных явлениях зуд может быть необычайно сильным и притом иногда не только на пораженных местах, но и на местах, свободных от сыпи. Следовательно, при экземе мы иногда встречаемся с тем же состоянием нервной системы, которое наблюдается при *pruritus nervosus*, при котором зуд никак уже не может быть объяснен анатомическими изменениями кожи, совершенно отсутствующими. Кроме зуда, нередко бывают разнообразные парестезии: ощущения холода, жара, боли в различных участках кожи, достигающие иногда высокой степени напряжения даже при сравнительно незначительных анатомических изменениях кожи. Точно также нередко наблюдаемая при острой экземе упорная бессонница далеко не всегда может быть объяснена ненормальными ощущениями в пораженной коже, а должна считаться самостоятельным симптомом, зависящим от возбуждения головного мозга.

Еще большую самостоятельность представляют другие нервные явления, часто наблюдаемые при острой экземе: повышение чувствительности кожи тактильной, болевой, электрокожной (Павлов),¹ причем, однако, в отдельных участках может быть, наоборот, ослабление чувствительности (Голованов); далее, возбудимость сосудорасширяющих нервов кожи до резкого возвышенного красного дермографизма. Наконец, наблюдается усиление кожных и сухожильных рефлексов.

¹ У одного из моих больных ощущение щетки было повышено до такой степени, что нельзя было дотронуться до кожи.

Кожа при острой экземе вообще отличается крайней чувствительностью к внешним раздражениям, отвечая на них новыми высыпаниями экземы.

При сравнительном измерении в нашей клинике ¹ местной температуры пораженной и соседней здоровой кожи оказывается, что первая выше на 1 — 2° Ц.

Потери тепла с пораженной кожи повышены вследствие расширения сосудов и испарения воды с мокнущих участков. Этим отчасти объясняется зябкость больных.

Потоотделение на здоровой коже большей частью усилено; нередко уже при незначительном движении больной покрывается потом; на экзематозных же участках, по О бер у, прекращается всякая транспирация.

Все эти факты указывают на известные расстройства периферических нервов, а также центров психических, чувствительных, сосудодвигательных, секреторных и рефлекторных.

Пищеварение расстраивается, аппетит уменьшается, язык обложен, деятельность кишечника часто ослаблена (запоры).

Деятельность сердца учащена, даже при отсутствии лихорадки. Сердце отличается возбудимостью: при небольшом движении число ударов непропорционально увеличивается. Давление в волосных сосудах пораженных участков повышено.

Лихорадка бывает далеко не всегда, а когда наблюдается, обыкновенно незначительная (38° Ц).

Обмен веществ, как говорят данные нашей клиники, ² изменен в смысле увеличения протоплазменного (мочевина) и ядерного (мочевая кислота) обмена.

Все указанные факты говорят о том, что общее состояние организма страдает, и это общее расстройство, достигая в некоторых случаях значительной степени, само по себе, помимо тяжелых ощущений в пораженной коже, обуславливает слабость, упадок сил.

Болезнь, достигнув в течение нескольких недель наивысшего развития, постепенно ослабевает: новые высыпания появляются все реже и реже и притом многие из них в недоразвитой форме, ограничиваясь лишь краснотой и последующим шелушением, и, наконец, совершенно прекращаются. Однако, никогда не следует делать поспешных окончательных выводов: всегда нужно помнить, что нередко процесс, повидимому, стихнувший, совершенно без каких-либо ясно видимых причин снова ухудшается: появляются новые высыпания.

¹ В. Н. Космадис. Температура пораженной кожи и значение ее в терапии при различных кожных заболеваниях. «Мед. мысль», 1925, т. III, кн. 3.

² Ф. И. Ширяев. К обмену веществ при экземе. Сообщено в Донском дермат. и венеролог. общ. 1924, 25 марта.

Вместе с постепенным прекращением новых высыпаний пораженные участки идут по пути оздоровления: высыпание пузырьков, мокнутие, образование корок понемногу уменьшается, остаются красные шелушащиеся поверхности (*eczema squamosum*). Но и при этом нужно быть всегда осторожным в предсказании, так как нередко *eczema squamosum* неожиданно превращается в *eczema vesiculosum*, *madidans*, *crustosum*.

В течение 6 — 8 или больше недель острая экзема проходит или же переходит в хроническую форму.

Случаи острой экземы со слабо выраженными явлениями образования пузырьков, корок, мокнутия и с нерезкими субъективными ощущениями называют подострой экземой, *eczema subacutum*.

Хроническая экзема.

Eczema chronicum. Хроническая экзема образуется из острой или же самостоятельно. Морфологические изменения при ней те же самые, что и при острой форме, но с тем отличием, что 1) в общем они менее выражены (мокнутие, образование корок не достигает таких больших размеров); 2) к ним присоединяется еще и утолщение кожи вследствие инфильтрации ее при долгом существовании процесса. Утолщенная кожа утрачивает нормальную эластичность, что ведет к надрывам и образованию трещин, иногда очень болезненных, на местах частого растяжения кожи (разгибательные поверхности суставов, ладони и проч.).

Течение хронической экземы продолжается многие месяцы, многие годы и даже десятки лет. Обыкновенно она бывает локализованной на определенных участках кожи, чаще на конечностях и лице; чаще поражаются симметрические участки на правой и левой половине тела. В большинстве случаев болезнь течет с периодами улучшения и ухудшения (обострения): в известное время пораженная кожа почти оздоравливается — остается лишь ничтожная краснота, с небольшим шелушением и с небольшим уплотнением кожи, субъективные ощущения исчезают, больной перестает думать о болезни, но период благоденствия сменяется ухудшением: краснота усиливается, появляются пузырьки, мокнутие, корки, зуд. После более или менее продолжительного времени процесс опять стихает, нисходя до ничтожных симптомов, но не оставляя больного окончательно. Периоды ухудшения или относятся только к пораженным участкам, или же сопровождаются свежими высыпаниями на различных здоровых участках кожи в форме острой или подострой экземы.

В другом ряде случаев экзема в течение долгого периода времени остается стационарной — без заметных колебаний в сторону улучшения или ухудшения.

Наконец, в третьем ряде случаев течение хронической экземы прерывается более или менее продолжительными светлыми промежутками, когда кожа бывает совершенно свободной от сыпи. Но за ними следуют длинные периоды, когда на известных местах экзема снова появляется и упорно держится.

Из разнообразных, со стороны течения, форм хронической экземы в целях лечебных, как увидим ниже, важно отличать три формы: 1) хроническую экзему с склонностью к обострению и 2) стационарную — без склонности к обострению, а также 3) хроническую экзему с склонностью к возвратам (рецидивирующая экзема).

Субъективные ощущения довольно разнообразны по своей напряженности. Зуд всегда существует то в большей, то в меньшей степени.

Температура пораженной кожи, если нет обострения, ниже, чем здоровой.¹ Протоплазменный обмен (мочевина) уменьшен, ядерный (мочевая кислота) увеличен. Отношение мочевины к недоокисленным веществам не редко уменьшено (токсичность мочи увеличивается). В стадии улучшения протоплазменный обмен повышается, и токсичность мочи уменьшается.²

О соответствующих расстройствах других органов нужно сказать то же, что уже сказано при описании острой экземы, но с тем отличием, что при хронической экземе мы встречаем то вышеописанные явления возбуждения нервной системы: бессонницу, усиление чувствительности (при обострении — Павлов), усиление сосудистых и сухожильных рефлексов, то в других случаях, как мне приходилось наблюдать многократно, наоборот, явления угнетения: анестезии различных видов (ослабление или полное уничтожение чувства прикосновения, болевого, температурного, электрокожного) и различного распространения (в форме половинной — *hemianaesthesia*, или областной, занимающей, напр., обе конечности, или гнездовой в форме небольших участков, разбросанных среди поверхности, сохранившей нормальную чувствительность,³ а также ослабление кожных и сухожильных рефлексов и уменьшение давления в волосных сосудах пораженных участков.

Сообразно с различными особенностями некоторых участков кожи, экзема как острая, так и хроническая, обнаруживает известные отличительные свойства.

Экзема волосистой части головы — *eczema capillitii*. Кожа головы заболевает местами или на всем своем протяжении, причем нередко

¹ Космадис. Цит. выше, стр. 107.

² Ширяев. Цит. выше, стр. 107.

³ П. В. Никольский. *Eczema chronicum* в связи с анестезией кожи. «Мед. обозр.», 1894.

экзема распространяется на кожу лба и ушей. Отделяемое многочисленных существующих здесь сальных желез смешивается с экзематозной жидкостью и способствует обильному образованию корок, так что здесь наичаще мы имеем дело с *eczema crustosum*. При долгом существовании болезни и при неряшливом содержании головы иногда выступают некоторые последовательные явления, а именно, волосы склеиваются между собою в один сплошной войлок, представляющий удобную почву для развития паразитов, которые, со своей стороны, вызывая зуд и расчесы, еще в большей степени способствуют усилению мокнутия и склеиванию волос. Если склеивание волос не устраняется тщательным размягчением, обмыванием и расчесыванием их гребнем, особенно когда волосы длинные, как обыкновенно бывает у женщин, то волосы спутываются подобно войлоку или шиньону, состояние, известное под названием *plica polonica* — колтун, болезнь, на которую прежде смотрели, как на страдание *sui generis*, как на благодетельное явление, которое способствует выхождению наружу дурных соков организма, и поэтому не позволялось стричь таких больных. Но благодаря трудам Гебры и др. выяснилось, что это не что иное как обыкновенная экзема.

Другая нередко встречающаяся форма экземы волосистой части головы *ecz. squamosum*, при которой кожа представляется красной и покрытой толстым слоем беловатых чешуек, — картина, напоминающая *psoriasis*. При экземе волосистой части головы нередко припухают шейные лимфатические железы.

Экзема лица является в форме мокнущей и корковой. Иногда все лицо покрыто как панцирем желтоватыми корками (*crusta lactea* детей), иногда наблюдается шелушащаяся экзема.

Экзема волосистой части лица (кожи в области век, ресниц, бак, бороды, усов). Здесь экзематозная жидкость засыхает между волосами в виде желтых или бурых корок (*ecz. crustosum*), по отделении которых обнаруживается красная, мокнущая поверхность. Экзематозный процесс всегда поверхностный, поэтому корни волос обыкновенно не затрагиваются, чем и отличается описываемое страдание от *sycosis*. Но при долгом существовании экземы воспалительный процесс может поражать и более глубокие слои кожи, а также волосные мешочки, в которых появляется нагноение в окружности волос, и тогда получается *sycosis*.

На коже губ экзема представляется в форме красноты, мокнутия, корок. От постоянных движений образуются болезненные трещины, трудно заживающие, особенно в углах рта. Поражение всего чаще распространяется с соседних частей, но иногда является совершенно изолированным и может продолжаться многие месяцы и годы. Другая форма экземы в этих областях, *eczema squamosum*, когда кожа представляется красной и шелушащейся.

Экзема красной каймы губ выражается краснотой и шелушением и сопровождается тяжелым ощущением жжения и боли. Это поражение встречается очень редко. Я наблюдал долгое время подобную больную, у которой, кроме поражения красной каймы губ, была краснота и припухлость десен и покраснение верхней передней половины языка при увеличенной щитовидной железе, учащенном пульсе и повторных временных приливах к коже лица. Лечение, приведшее к уменьшению зоба, — гальванизация, *KJ*, *arsenicum*, привело и к ослаблению экземы.¹

На ушных раковинах чаще всего местом упорных экзем бывает задняя поверхность их и кожа мочки. В затяжных случаях экземы кожа обыкновенно утолщается, вследствие чего раковина значительно увеличивается в объеме. На месте перехода кожи задней поверхности раковины на череп часто образуются глубокие трещины.

В подмышечных впадинах и паховых сгибах образование корок бывает слабо выражено, вследствие размягчающего действия на них пота, зато мокнутие обильное (*ecz. madidans*). В виде вторичного явления, осложняющего экзему, выступает здесь образование фурункулов (результат вторичной инфекции, проникающей в глубину кожи чрез имеющиеся здесь широкие протоки сальных и потовых желез).

На коже сосков экзема встречается нередко, особенно у кормящих грудью женщин, преимущественно при коротких сосках. Грудной сосок при этом представляется ссадненным, припухшим, красным, на поверхности его выступает серозно-кровянистая жидкость, частью засыхающая в корки.

Под женскими грудями нередко бывает упорная экзема, в форме мокнущей, благодаря обилию влаги на соприкасающихся поверхностях.

При экземе пупка, нередко наблюдаемой у тучных, а также нечистоплотных лиц, пупок представляется набухшим, красным, ссадненным, мокнущим. Застаивающееся в складках экзематозное отделяемое разлагается и обуславливает дурной запах.

Кожа мошонки, при поражении ее острой экземой, красна, отечна, складки сглажены, и мошонка имеет вид надутого баллона, при хронической — она инфильтрирована, утолщена, складки резко выражены, и в углублениях складок видны ссадины.

На больших губах женщин часто бывает *eczema crustosum*, переходящая на лобок и на паховые области.

Около заднего прохода нормально имеющиеся складки кожи утолщаются, краснеют, покрываются ссадинами. Страдание продолжается долго, потому что имеется кроме основной причины, вызвавшей его, и постоянное раздражение больных мест при дефекации, а также нередко и венозный застой у лиц, страдающих геморроем.

¹ П. В. Никольский. Экзема красной каймы губ при базедовой болезни. «Дерматология», 1914.

На верхних конечностях наичаще поражаются экземой кисти рук и особенно тыльные поверхности. Часто болезнь начинается с пальцев, именно с кожи ногтевых фаланг, причем страдает и питание ногтя, который делается мутным, рыхлым и в нем образуются углубления. На пораженных суставах пальцев бывают болезненные кровотокающие трещины.

Нередко экзема кистей связана с асфиктическими явлениями (синошные, холодные, влажные кисти).

На нижних конечностях экзема наичаще бывает на голених. Здесь она нередко сопровождается отеком ткани, вообще отличается особенным упорством, в зависимости от венозного застоя и расширения вен, столь часто встречающихся на нижних конечностях. Долго продолжающаяся экзема голених, при нерациональном уходе за ней, может вести к двум тяжелым страданиям: к образованию так называемой хронической язвы голени, являющейся результатом трофических изменений ткани под влиянием надолго нарушенного кровообращения, и к образованию утолщения кожи в форме так. назыв. elephantiasis, зависящего от разрастания соединительной ткани под влиянием продолжительного застоя крови и лимфы.

Патологоанатомические изменения. При микроскопическом исследовании кожи, заболевшей экземой, в поверхностных слоях cutis находят легкие воспалительные явления: расширение сосудов, околосоудистую инфильтрацию с размножением клеток соединительной ткани, особенно резко выраженную при хронической экземе, и отечность. В старых случаях эластическая ткань погибает.

В эпидермисе находят: 1) *Hyperacanthosis* — утолщение эпидермиса вследствие усиленного размножения эпителиальных клеток, касающиеся как межсосочковых продолжений, так и надсосочковых покровышек. 2) *Parakeratosis* — содержание ядер в роговом слое, который делается рыхлым, причем зернистый слой слабо развит или даже совсем отсутствует. 3) Губчатое (спонгиозное) изменение, состоящее вначале в увеличении межклеточных промежутков, в которые проходят лейкоциты, а затем в образовании по местам полостей, из которых в конце концов образуются пузырьки. Вместе с тем происходит вакуольное перерождение самих эпителиальных клеток, особенно по окружности полостей с серозным содержимым. Вакуолизированные клетки погибают, увеличивая таким образом полости. Пузыри наичаще образуются под роговым слоем, и дно их составляет зернистый слой, но они могут образовываться и глубже. Содержимое их вначале серозное, затем может делаться гнойным. При мокнущей экземе роговой слой сходит, изливающаяся жидкость засыхает в корку, состоящую из лейкоцитов, распада эпителиальных клеток и высохшей экссудативной жидкости.

Дифференциальный диагноз экземы может быть в известных случаях трудным. Для правильного диагноза необходимо принимать во внимание не только особенности морфологии, но и субъективные ощущения, течение болезни, исключение возможности образования подобных же морфологических изменений под влиянием различных внешних воздействий.

Характерным и типическим элементом экземы служит пузырек, маленький, недолговечный, скоро разрывающийся. Папулка представляет не инфильтрат кожи, а предварительную стадию пузырька, когда скопляющаяся жидкость не просвечивает еще через роговой покров, пустулка же — последовательную стадию, когда прозрачное вначале содержимое пузырька делается мутным, по разрыве покрывки на месте пузырька получается ссадина и, наконец, корка. Все эти изменения располагаются на коже довольно большими островками, но не изолированно, и притом на предварительно покрасневшей поверхности кожи.

Пораженные участки обыкновенно располагаются симметрично на правой и левой половине тела. Субъективные ощущения выражаются в довольно сильном зуде, который является постоянным и необходимым спутником экземы.

В течение экземы замечается склонность ее не только распространяться на смежные участки кожи, но также и на отдаленные места отдельными очагами. Вообще же течение ее продолжительно и нередко считается годами.

На основании указанных основных свойств экземы мы можем отличать ее от следующих сходных с нею болезней:

1. *Erythema exsudativum multiforme* — страдание, характеризующееся тоже полиморфизмом (пятна, папулы, пузырьки, пузыри, узлы). В отдельных случаях преобладает то один, то другой элемент; поэтому мы отличаем различные формы страдания; *erythema maculosum*, *papulosum*, *vesiculosum*, *bullosum*, *nodosum*. Течение болезни острое или подострое, 6—8 недель, и затем все бесследно проходит, хотя возвраты возможны. Самостоятельная инфекционная форма *erythema exsudativum* появляется большей частью осенью и весной и весьма часто сопровождается эпидемии острых сыпных болезней (тиф, оспа, скарлатина). Нередко болезнь сопровождается повышенной температурой, хотя в других случаях протекает без лихорадки. Субъективные ощущения состоят в небольшом зуде, но главным образом беспокоит больного жжение и боль, так что зуд, собственно говоря, отходит на второй план, а нередко совершенно отсутствует. Отличие экземы от везикулезной эритемы, с которой только и можно смешать ее, заключается в следующем:

При экземе:

1. Пузырьки небольшой величины.
2. Пузырьки недолговечны, часто мы совсем не видим их, а видим лишь мокнутие и корки.
3. Зуд всегда ясно выражен.
4. Острая экзема нередко принимает хроническое течение.
5. При хронической экземе имеется разлитая инфильтрация, ведущая к утолщению ткани.

При erythema vesiculosum:

1. Пузырьки вообще большей величины, а нередко одновременно образуются пузыри (bullae).
2. Каждый пузырек существует более продолжительное время.
3. Зуд отходит на задний план или совершенно отсутствует.
4. По течению острая или подострая.
5. Не бывает.

С *erythema nodosum* *eczema* не имеет никакого сходства, точно также с *erythema papulosum*, где имеются большие инфильтраты в толще кожи, тогда как папулы при экземе представляют не инфильтрацию, а недоразвитые пузырьки;

При *erythema bullosum* имеются большие, до величины грецкого ореха и более, пузырьки, совершенно несвойственные экземе.

2. Дифференциальный диагноз между *pemphigus (vulgaris и foliaceus)* и *eczema* изложен ниже в главе о *pemphigus*.

3. При *herpes* имеются отдельные островки покрасневшей и припухшей кожи, на которой группами скучены пузырьки большей величины, чем при экземе, причем высыпание их при *herpes zoster* приурочено к определенным нервным областям, а при других формах — к окружности отверстий рта и носа и на наружных половых органах. *Herpes* не вызывает зуда, но сопровождается чувством боли и жжения. Пузырьки мало склонны к слиянию, засыхают в корки, но почти не дают мокнутия, так как покрывка их более плотная и не разрывается до подсыхания пузырька. Течение острое.

4. *Dysidrosis* выражается высыпанием небольших пузырьков, преимущественно на кистях и пальцах рук, похожих на разваренное саго, вначале лишенных всякой воспалительной реакции и относительно долговечных. При экземе пузырьки сидят на красной поверхности и очень скоро разрываются, оставляя ссадины.

5. *Dermatitis ex usu externo* — воспаление кожи от внешних влияний (механических, термических, химических) выражается краснотой, образованием папул, пузырьков, пузырей и сопровождается также зудом.

Из механических причин нужно указать на слишком энергичный массаж и чесание под влиянием зуда (напр., при *scabies*). В этих случаях получается картина, до известной степени похожая на экзему: появляется мокнутие, чешуи, ссадины корки. Для отличия от экземы мы должны принять во внимание, что а) при *dermatitis ex usu externo*

морфологические элементы чрезвычайно разнообразны по величине, а экзема, с более определенными анатомическими изменениями, не дает такого разнообразия в величине элементов; b) при экземе пустулы редко встречаются, так как пузырьки недолговечны, а при *dermatitis* (особенно при *scabies*), наоборот, пустул много; c) вызывающая причина — клещ при *scabies*, вши при *phthyriasis* и т. д. — нередко могут быть обнаружены; d) искусственные дерматиты обыкновенно скоро проходят, когда вызывающая внешняя причина устранена, экзема же не проходит и по удалении всех внешних раздражений.

Термические влияния: жар, как горячая вода, расплавленные металлы и холод также вызывают дерматит, но эта форма, известная под названием ожоги и отморожения, резко отличается своими субъективными (боль, жжение), а при известной силе воздействия и объективными признаками (изменения в глубоких частях кожи до образования язв). Однако, более легкие воздействия, как, напр., лучистая теплота, могут вызвать дерматит более поверхностный и более похожий на экзему. У непривычных лиц, которые провели известное время перед пылающим очагом, появляется краснота, затем пузырьки, засыхающие в корки. Отличием от экземы служит самое течение болезни, которая скоро проходит, по удалении вызвавшей причины.

Из химических причин, могущих вызвать дерматит, можно указать на прижигающие вещества — крепкие кислоты, щелочи, которые, кроме поверхностного дерматита, вызывают и более глубокие изменения: язвы, омертвения, — явления, не свойственные экземе; но слабее действующие вещества могут вызвать картину, очень похожую на экзему, как это бывает, напр., при втирании в здоровую кожу *olei crotonis*. Существенным отличием здесь служит опять-таки то обстоятельство, что этот дерматит скоро проходит по прекращении раздражения.

Причины болезни. Относительно причины экземы предлагалось и предлагается несколько теорий.

I. *Теория токсинов* — самая древняя. Она предполагает существование в организме вредных веществ, которые раздражают кожу, вызывая в ней экзему. Врачи старого времени предполагали даже, что вместе с экзематозным выделением эти вредные вещества выделяются из организма, и что быстрое прекращение экземы, вследствие закрытия для них выводного пути, губельно для организма, так как тогда вредные вещества устремляются в различные внутренние органы, вызывая воспаление мозга, легких и пр.

Эта теория порчи соков, шедшая рука об руку с гуморальной патологией, долгое время прилагалась почти ко всем кожным болезням и болезням внутренних органов. С 60-х годов XIX столетия гуморальная патология уступила место клеточной патологии Вирхова, в которой первенствующее значение придается не сокам организма, а клеточке.

Вместе с падением гуморальной патологии пала и теория порчи соков, которая затем некоторое время подвергалась даже осмеянию. Однако, в последнее 30-летие основная мысль ее снова находит сочувствие. В настоящее время мы знаем точные факты, указывающие на возможность самоотравления, т.е. образования в самом организме в высокой степени вредных для него химических веществ. Мы знаем, что процессы расщепления, гидратации и окисления, которым подвергается белковая частица, уклоняясь от известного хода последовательных химических превращений, ведут к образованию побочных и недоокисленных продуктов, очень вредных для организма.

С другой стороны, практика показывает нам, что у лиц с нарушенным обменом веществ часто наблюдается экзема, и притом очень упорная и продолжительная, как, напр., при *adipositas*, *diabetes mellitus*, подагре и ревматизме. Всегда при экземе можно констатировать увеличенное содержание мочевой кислоты в моче, а также находят мочевую кислоту в экзематозном экссудате. Эти факты указывают на усиленный распад нуклеиновых (ядерных) веществ. В то же время количество мочевины при острой экземе увеличено, при хронической уменьшено, последнее говорит о замедленном обмене веществ в протоплазме клеток. Токсичность мочи часто увеличена, что указывает на образование в организме вредных веществ.¹ Исправление нарушенного метаморфоза, как показывает практика, ведет к излечению экземы. Количество индикана в моче, как показывают наблюдения нашей клиники,² в 50% случаев хронической и 37,5% острой экземы увеличено, что указывает на поступление в кровь из кишечника ненормальных продуктов брожения.

При упорной экземе раннего детского возраста иногда можно наблюдать благотворное влияние перемены пищи при перемене кормилицы или при отнятии ребенка от груди. В одном из подобных случаев крайне упорной и распространенной экземы у ребенка 8 месяцев я заподозрил неблагоприятное действие молока матери, строгой вегетарианки. И действительно, по отнятии ребенка от груди экзема очень скоро прошла.

В защиту гуморальной токсической теории экземы высказываются многие дерматологи, особенно итальянский профессор Томмазоли (Tommasoli) и французский Гоше (Gaucher). Последний поддерживает старое мнение о вреде, причиняемом быстрым исчезновением экземы у детей, для их внутренних органов. Он приводит случаи воспаления мозга, легких, почек, кишечника, суставов вслед за быстрым исчезновением

¹ Ф. И. Ширяев. Обмен веществ при экземе. Сообщение из Кожно-венер. клиники Сев-кавк. ун-в. в Донском дермат. общ. 1924.

² Т. Т. Глухенький. Выделение индикана при кожных заболеваниях. «Медиц. мысль», 1925, т. III, кн. 3.

экземы. Он принимает, что токсические вещества находят для себя выход через кожу с экзематозным выделением, но раз этот выход прегражден, они являются раздражителями для внутренних органов. Поэтому лечение распространенной экземы, по мнению Гоше, особенно в нежном детском возрасте, должно вести медленно, чтобы дать возможность токсическим веществам избрать другой путь для выделения (кишечник, почки). С той же целью при лечении должно употреблять послабляющие и мочегонные. В одном случае из нашей клиники наблюдалось чередование экземы и астмы: проходила экзема — наступала бронхиальная астма — и наоборот.

Все указанные факты заставляют думать, что теория токсинов, при выяснении причин экземы, имеет свое основание в известном ряде случаев.

II. К токсической теории близко примыкает разрабатываемая в последнее время *эндокринная теория*, ставящая экзему в зависимость от расстройства желез внутренней секреции. На это указывают следующие факты.

1. Давно известно, что климактерический возраст располагает к экземе, которая в этих случаях нередко отличается крайним упорством.

2. Другие клинические факты указывают на то же. Так, напр., в нашей клинике наблюдался больной 40 л., с хронической экземой 7-летней давности, у матери и брата которого был зоб. Больной страдает астмой и отец и сын больного также страдают астмой. У больного белый дермографизм, тахикардия (пульс 80 — 100), лимфоцитоз, постоянные запоры, обострение болезненных явлений и общее недомогание от приема тиреоидина, иодистого калия и рентгенизации щитовидной железы, уменьшение потоотделения, понижение азотистого метаморфоза — явления, указывающие на дистиреоз.¹ В моем вышеуказанном случае экземы красной каймы губ экзема несомненно стояла в связи с увеличением щитовидной железы. В случае д-ра Догадкина экзема вместе с зобом существовала 18 лет. Экзема прошла после вылучения зоба.

3. Патологоанатомические данные указывают на то же. В одном наблюдавшемся в клинике случае многолетней упорной экземы, окончившемся самоубийством, в щитовидной железе было обнаружено: значительный полиморфизм величины и формы фолликулов, эпителий которых состоял из 5—10 слоев клеток, местами же образовывал сплошные скопления и тяжи клеток; сильная десквамация эпителия в просвет фолликулов, причем многие клетки превратились в зернистый

¹ С. П. Майорова. Eczema chronicum эндокринного происхождения. «Медиц. мысль», т. III, 1925, кн. 2.

распад; различная окраска коллоида; инфильтрация соединительной ткани лимфоидными клетками.¹

Что касается вопроса, каким путем действует на кожу нарушенная деятельность эндокринных желез, то в этом отношении можно высказать предположение, что нарушение деятельности эндокринных желез изменяет обмен веществ, и вредные продукты обмена влияют на кожу непосредственно или через нервную систему.

III. *Теория внешних причин* (механических, химических и термических). Эту теорию настойчиво проводил Гебра (с 60-х годов XIX столетия) в противовес теории порчи соков.

Правда, мы часто наблюдаем в практике экзему открытых частей кожи: лица, кистей и можно было бы считать атмосферные влияния за причину болезни, но также часто мы видим и одновременное высыпание экземы на участках кожи, хорошо защищенных от внешних влияний; очень нередко страдание ограничивается только этими последними.

В настоящее время рассматриваемая теория утратила значение и может поддерживаться лишь теми врачами, которые обращают исключительно внимание на морфологию сыпи, пренебрегая изучением клинического течения болезни и поэтому смешивая экзему с дерматитом от внешних влияний.

Но тем не менее она оставила свой след в науке, научив придавать известное значение, хотя и второстепенное, внешним раздражениям при обсуждении причин экземы.

В настоящее время мы знаем, что кожа экзематозного больного отвечает на различные внешние раздражения высыпанием экземы. Иногда можно ясно видеть, что внешние раздражения дают первый толчок к проявлению болезни; они являются способствующей причиной. В отношении гигиены и терапии этот факт может давать ценные указания.

IV. *Паразитарная теория*. Значительное развитие бактериологии и увлечение ею не могло не отразиться на дерматологии вообще и в частности на учении об экземе, столь часто встречающемся страдании. Унна настойчиво проводил мысль о зависимости экземы от специфических микробов и описал особую форму их под именем морококков.

Хотя серьезное изучение клинического течения болезни всегда говорило против паразитарной причины, тем не менее эта мысль приобрела большое число приверженцев, а сообразно с теорией явились попытки коренного изменения лечения, направляя его исключительно на борьбу с морококками. Однако, такое лечение, как и нужно было

¹ П. В. Кожевников. К вопросу об этиологии экземы. «Медиц. мысль», 1923, № 11 — 12.

ожидать, дало лишь отрицательные результаты, что само уже по себе может говорить против теории. Но самое существенное опровержение теории нашла в тех же бактериологических изысканиях. Оказалось, что свежий пузырек экземы стерилен, но затем в нем находят микробы и, прежде всего, в самых поверхностных частях его. Очевидно, что бактерии являются вторичной инфекцией, попадая из воздуха на пораженную кожу. Наконец, есть полное основание думать, что *могоссокус Унна* не представляет собою специфического вида бактерий, а есть не что иное, как давно известный *staphylococcus*.

IV международный дерматологический конгресс 1900 года в Париже имел большое значение для выяснения вопроса о паразитарном происхождении экземы. Ряд докладов, основанных на тщательных гистологических и бактериологических исследованиях, ясно указал на несостоятельность паразитарной теории (Brocq et Veillon, Sabouraud и др.).

Бактериологическая теория, таким образом, не выдержала критики, но работы ее также не могут считаться бесследными. Из них выяснилось, до известной степени, значение бактерий, поселяющихся на коже, пораженной экземой. Нужно думать, что им обязаны своим происхождением вторичные заболевания кожи, на которой уже имеется высыпание экземы, каковы: *sycosis*, *furunculus*, *ulcera chronica*.

V. *Нервная теория*¹ имеет за себя следующие факты.

1. Случаи появления и значительного ухудшения экземы после сильных душевных движений.

2. Совпадение экземы с нервными страданиями. Сюда относятся: а) случаи экземы при страдании периферических нервов травматического происхождения и идиопатического в форме невралгий, когда экзема ограничивается областью разветвления данного нервного ствола; б) при болезнях спинного мозга; в) при общих неврозах, каковы: истерия, неврастения, мигрень.

Я наблюдал случаи *eczema inferior*, где сыпь занимала нижнюю половину туловища, причем была повышенная чувствительность к давлению поперечных отростков позвонков, начиная с 7-го грудного до крестца. Подобные случаи экземы нужно рассматривать как вторичные вслед за поражением межпозвоночных узлов.

3. Случаи совпадения экземы с другими кожными страданиями нервного происхождения, каковы, напр., *pemphigus*, *herpes zoster* и др.

4. Изменение чувствительности кожи, сосудистых и сухожильных рефлексов. Повышенная чувствительность к давлению области шейных симпатических узлов и солнечного сплетения.

¹ П. В. Никольский. Экзема как результат расстройств нервной системы. Труды II съезда русск. врачей. Москва, 1887.—Он же. *Eczema chronicum* в связи с анестезией кожи. «Медиц. обзор», 1894. Он же *Eczema trophoneuroticum*. С предьявлением больной. Сообщено в Общ. психиатр. и невропат. при Дон. унив. 23/VI-1922 г.

5. Обычно наблюдаемая симметричность высыпания, указывающая на то, что в большинстве случаев мы имеем дело с центральной причиной.

6. Часто наблюдаемое несоответствие сильно выраженных нервных явлений (зуд) с незначительными анатомическими изменениями кожи.

7. Благоприятное влияние лечебных деятелей, рассчитанных на исправление недочетов в нервной системе. Тут разумеются не только фармакологические деятели, но также и ряд самых разнообразных мероприятий в области физической и психической гигиены. Нередки случаи самых упорных экзем, которые скоро исчезают, когда больной временно оставляет свое постоянное местожительство и свои обычные занятия и предпринимает путешествие по морю, и т. п.

С точки зрения этой теории случаи экземы могут быть разделены на следующие группы:

а) экземы центрального происхождения, когда начальные изменения нужно отнести к центральной нервной системе. Высыпание является более или менее распространенным, симметричным. Продолжительность течения и предсказание обуславливаются формой нервного расстройства: при функциональных неврозах, каковы: неврастения, истерия, предсказание благоприятнее, чем при органических поражениях нервной системы, как напр., при сирингомиелии;

б) экземы при страдании периферических нервов отличаются своей определенной ограниченной локализацией;

в) экземы рефлекторные, обусловленные раздражением какого-либо внутреннего органа, например, при болезни яичников, при блуждающей почке, при раздражении слизистой оболочки кишечника глистами и др. Так как рефлекс идет через центральную нервную систему, то кожное страдание имеет такой же характер, как и при центральном происхождении (высыпание более или менее распространенное, симметричное). Эта форма экзем может быстро проходить, как только прекращается раздражение данного внутреннего органа, например, когда блуждающая почка удачным механическим приспособлением (бандаж) фиксируется на своем месте, но также быстро может возобновляться под влиянием возобновившегося раздражения того же внутреннего органа.

Из пяти рассмотренных теорий происхождения экземы наиболее соответствуют действительности: в одних случаях токсическая (*eczema toxicum*), когда явны выражены неправильности обмена, а в других случаях эндокринная, когда более или менее рельефно выступают недочеты в деятельности эндокринных желез (*eczema endocrinicum*), в третьем ряде случаев нервная (*eczema neuroticum*), когда на первый план выступают нервные явления.

Способствующими причинами являются расстройства кровообращения в форме асфиктических явлений на конечностях (сипюха) и ве-

позный застой в нижних конечностях, и все внешние раздражения, каковы расчесы при *pruritus cutaneus*, при *scabies*, *phthyriasis*, постоянная мацерация кожи (у прачек), влияние солнечных лучей, тепловых лучей очага и проч.

Лечение острой и подострой экземы.

При острой и подострой экземе как являющейся впервые у больного, так и развивающейся в течение хронической экземы («обострения экземы»), часто на первый план выступают нервные явления: сильный зуд, нередко не ограничивающийся одними лишь пораженными участками кожи, но распространяющийся на всю кожу, что указывает на то, что происхождение его не только периферическое, но и центральное; далее, вазомоторные расстройства, выражающиеся в красноте и припухании пораженных участков, красном дермографизме и наклонности кожи отвечать на всякое ничтожное внешнее раздражение краснотой, припухлостью и образованием пузырьков, т.-е. новыми высыпаниями экземы; затем, повышение чувствительности кожи; повышение сухожильных рефлексов, что говорит за раздражение рефлекторных центров спинного мозга. Наконец, общая нервная раздражительность и нередко бессонница, указывающие на раздражение головного и спинного мозга. Если присоединим сюда общий вывод вышеуказанных этиологических изысканий, говорящий о том, что в целом ряде случаев экзема является результатом первичного нервного расстройства, и что самое появление ее часто следует за теми или другими вредными влияниями на нервную систему, то для нас будет совершенно понятным направление внутренней терапии на исправление расстройств в нервной системе при помощи успокаивающих и сосудосуживающих средств, вместе с общим успокаивающим режимом.

Эта последняя цель достигается прежде всего покоем душевным и физическим. Относительно первого трудно поставить какие-либо определенные предписания и определенные границы, которые должны быть индивидуально различны и должны быть предоставлены уменью и такту врача в каждом случае. Можно указать вообще, что умственное переутомление, душевные волнения и тяжелые переживания являются большим тормозом для лечения. Как избежать этих неблагоприятных условий, представляется делом совершенно индивидуальным. В одних случаях нужно даже настаивать перевести больного в другое место, но в других случаях удаление из привычной обстановки может вызвать еще больше волнений, заботу, скуку, тоску.

Что касается физического покоя, то он должен относиться ко всему организму и в частности к пораженной коже.

При всяком движении усиливается деятельность сердца, особенно у лиц с повышенной нервной раздражительностью, что и наблюдается при острой экземе. Усиленная работа сердца ведет к усиленному приливу крови, особенно в тех местах, в которых сосуды расширены, следовательно, в данном случае в пораженных экземой участках кожи, да и вообще во всей коже, сосуды которой так склонны к расширению (красный дермографизм). Таким образом, движение может вести к увеличению красноты, припухлости, образованию пузырьков и мокнутию на пораженных участках кожи, а также и к появлению новых экзематозных участков. Кроме того, при движении усиливается потоотделение. Хотя пот выделяется клеточными элементами потовых желез под непосредственным влиянием секреторных центров, но, однако, при работе потовых желез обыкновенно расширяются и кровеносные сосуды, заложенные в соединительнотканых сумках желез, что также увеличивает кровенаполнение больной кожи. Мало того, пот является химическим раздражителем всей кожи, чувствительность которой вообще повышена, и тем более экзематозных участков, особенно когда они располагаются на местах с значительным развитием потовых желез, каковы, например, кожа лица, подмышечных впадин, паховых сгибов.

Наконец, движение причиняет и механическое раздражение кожи при трении белья и платья, при трении соприкасающихся друг с другом поверхностей кожи (паховые складки, соприкосновение мошонки с бедром и проч.).

Назначая покой больному, мы избегаем всех вышеуказанных неблагоприятных влияний. Смотря по интенсивности болезненных расстройств, рекомендуется покой или относительный — комнатное содержание, или абсолютный — постельное содержание.

Температура окружающего воздуха также имеет немаловажное значение: холод, вызывая спазм сосудов с последовательным расширением их, является сильным раздражителем кожи, равно как и теплота, вызывающая расширение сосудов и усиление потоотделения. Наиболее подходящей комнатной температурой нужно считать 17 — 19° Ц, причем, однако, нужно сделать исключение для случаев *eczema universale*: все больные, у которых сосуды всей поверхности кожи расширены, как это бывает при *pityriasis rubra*, *pemphigus foliaceus*, *eczema universale* и пр., отличаются сильной зябкостью; очевидно, потери тепла такой кожей значительно повышены, и в то же время теплорегулирующие центры, вследствие пареза сосудосуживателей, утрачивают власть над кожей, как органом, регулирующим тепло во всем организме. Такие больные чувствуют себя плохо при указанной температуре и требуют несколько высшей температуры: 20 — 22° Ц.

Известное значение для определения температуры воздуха имеют также индивидуальные привычки больного: один человек вообще при-

вычен к холоду, другой наоборот. Врач, если он желает прилагать к лечению экзематозного больного общепатологические научные знания, а не ограничиваться шаблонным прописыванием той или другой мази, хотя бы и по самому новейшему рецепту, должен принимать во внимание целый ряд обстоятельств, повидимому, ничтожных, но на самом деле имеющих свое значение.

В жаркую летнюю пору всего труднее доставить больному соответствующую температуру в $17-19^{\circ}\text{C}$, когда обычная температура комнаты даже и ночью не спускается ниже 30°C . Поэтому, в этот сезон года острая экзема представляет страдание особенно тягостное для больного: к мучительному зуду и мокнутию кожи присоединяется обильное потение, в значительной степени усиливающее кожное страдание. Общеизвестными приемами можно до некоторой степени понижать температуру комнаты (закрывание окон от влияния солнечных лучей, увлажнение воздуха и т. п.). Но всего действительнее в этом отношении перемена душного города на дачное помещение с тенистым парком.

Условиям покойного содержания кожи должна удовлетворить и одежда легкая, достаточно просторная, не вызывающая давления и трения своими суженными частями, каковы воротник, пояс, рукава, манжеты.

Диета должна быть такой, как вообще при воспалительных процессах и при нервных заболеваниях, т.-е. легкая, удобоваримая и в то же время питательная пища, содержащая возможно меньше экстрактивных веществ. Наиболее удовлетворяющей поставленным условиям является молочная и растительная диета, не содержащая раздражающих нервную систему и кожу экстрактивных веществ. Молоко полезно также и как мочегонное в смысле отвлекающего действия на больную кожу, а также в отношении более полного выведения из организма продуктов метаморфоза, небезразличных для нервной системы и для кожи. На практике молочная диета нередко встречает большое затруднение в непривычке больного к этого рода пищи.

Запрещаются все острые вещества (горчица, хрен, сыр), кислые и соленые, также свинина, копченое и соленое мясо, раки, устрицы, сыр, томаты, трюфели, щавель, спаржа, шпинат, салат, земляника, клубника. Из напитков запрещаются вещества, возбуждающие нервную систему, сердце и сосудистую систему кожи, каковы: водка, вино, пиво, кофе, крепкий чай.

Лечение острой и подострой экземы состоит в применении внутренних и наружных средств.

Основанием для направления *внутренней терапии* должны служить вышеописанные общие расстройства организма в области нервной системы (зуд и другие парестезии, повышенная чувствительность кожи,

повышенная рефлекторная возбудимость, бессонница), сосудистой системы (повышенная возбудимость сосудорасширителей до степени красного дермографизма) и обмена веществ (повышенное содержание недоокисленных продуктов в моче).

Сообразно с этими данными при острой и подострой экземе показаны средства: успокаивающие, сосудосуживающие, исправляющие обмен веществ, усиливающие деятельность кишечника (послабляющие) и почек (мочегонные), обеззараживающие кишечник.

Из средств успокаивающих можно рекомендовать препараты брома, хлористого кальция, хинина, аспирина, кодеина, веронала.

Rp. Natrii bromati, aq. amygdalarum amararum aa 8,0, aq. destill. 200,0. M. D. S. По столовой ложке 2—3 раза в день.

При резко выраженных парестезиях и общей возбудимости сюда прибавляются *codeinum 0,12*, а при нервной возбудимости сердца *tinct. convallariae majalis 6,0*.

Одновременно с бромом дается хинин:

Rp. Chinini bromati 0,2. D. t. dos. in oblati № 24. S. По 1 капсуле 3 раза в день.

Наилучший эффект получается от внутривенных вливаний бромистого натрия: 1—5 см³ 10—20% раствора ежедневно.

Rp. Calcii chlorati 8,0, aq. destill. 200. M. D. S. По 3—4 столовых ложки в день.

Лучше действует внутривенное вливание хлористого кальция: 4—6 см³ 10% раствора через день до 12—15 вливаний. Тотчас после вливания кожа краснеет, зрачки расширяются (раздражение симпатического нерва), больной ощущает теплоту во всем теле. Но через несколько минут все проходит.

В более редких случаях, когда нет красного дермографизма, можно заменить хинин аспирином:

Rp. Aspirini 0,5. D. t. dos. in oblati № 24. S. По одной таблетке 2 раза в день.

При бессоннице дается *veronalum (0,5)* на ночь.

Из сосудосуживающих средств наиболее употребительный *ergotinum Bonjeani*, который удобно присоединять к хинину:

Rp. Ergotini Bonjeani 0,5, Chinini bromati 0,2. M. f. pulv. D. t. dos. in oblati, № 24. S. По 1 таблетке 3 раза в день.

Употребляют также отвар маточных рожек; можно вместе с бромом:

Rp. Infusi secalis cornuti ex 6,0—200,0, Natrii bromati 6,0. M. D. S. По столовой ложке 3 раза в день.

Нужно иметь в виду, что все указанные средства оказывают лечебное влияние не быстро, и потому применение их требуется в течение не менее 3—4 недель.

Adrenalinum (1:1000) дается по 10—15 капель 3 раза в день. Hydrastinum hydrochloricum в порошках, пилюлях, растворах по 0,01—0,03 три раза в день или подкожно 1—3% раствор по $\frac{1}{2}$ —1 см³. Extr. fluidum hydrastis canadensis по 20 капель 3—4 раза в день. Stypticinum (солянокислый котарпин) по 0,05—0,15 три раза в день или подкожно 10% раствор по 1 см³.

Средства, исправляющие нарушенный обмен, находят свое полное применение при хронической экземе, а при острой и подострой форме применяются при более резко выраженных явлениях выделения мочекислых солей в моче. Тогда употребляются щелочные минеральные воды: Боржом, Ессентуки № 4 и 17, по 1—2 стакана в день; также *piperazinum* по 0,5 два-три раза в день.

Средства послабляющие и мочегонные имеют две цели: усилить выделение из организма токсических веществ и действовать отвлекающим образом. Последнее особенно важно при очень распространенной, особенно мокнущей экземе, когда в коже имеется сильный прилив крови и сильная экссудация.

Деятельность кишечника имеет большое значение, так как она находится в близком соотношении с состоянием кожи. Можно считать за правило: при усиленной деятельности кишечника, при поносах, все кожные сыпи бледнеют, уменьшаются и даже исчезают. Это не значит, однако, чтобы понос излечивал кожное страдание, которое является снова и иногда даже с большей силой по прекращении его. Но этот факт объясняется просто отвлекающим действием кишечника на кожу. Сосуды кишечного канала имеют большую вместимость и по прекращении на них давления со стороны содержимого канала, и тем более после обильной трансудации, имеющей место при поносах, они являются большим резервуаром, как бы притягивающим к себе кровь из пораженной кожи. Этим именно отвлекающим свойством кишечника вполне рационально пользоваться при экземе, равно как и при других экссудативных процессах (erythema, dermatitis exfoliativa). Само собой разумеется, что в задачу терапии не входит ослабление больного сильными проносными, но необходимо заботиться о том, чтобы стул был более свободным и легким, чем обычный, и если это не достигается диететическими мероприятиями (наприм., кислое молоко), то нужно прибегнуть к послабляющим, каковы: pulvis liquiritiae compositus (полная чайная ложка на ночь), горькие соли в форме минеральных вод: Баталинская, Гуниади, Виктория (стакан на ночь) или смесь Боткина (*Natrii bicarbonici* 50,0, *acidi tartarici* 24,0, *Natrii sulfurici* 4,0) полную чайную ложку в пол-стакане воды на ночь, также extr. fluidum cascarae sagradae по 20—30 капель и др.

Между кожей и почками существует тесное взаимоотношение. Всем известно, что при сильном иотении мало выделяется мочи, и наоборот.

Поэтому естественно пользоваться усилением мочеотделения для облегчения больной кожи. С этой целью назначается молочная диета, а также средства, усиливающие деятельность сердца и почек:

Rp. Infusi fol. digitalis ex 0,5—200, liquor. kalii acetici 4,0. M. D. S. По столовой ложке 3—4 раза в день; также inf. Adonis vernalis ex 8,0—200,0, D. S. По столовой ложке 3—4 раза в день; Diuretinum по 0,5—1,0 два-три раза в день (в одном растворе).

Средства, обеззараживающие кишечник. В кишечном канале могут вырабатываться токсические вещества, поддерживающие экзему. Поэтому кроме послабляющих тут показаны средства дезинфицирующие, каковы: salol (0,5 три раза в день), benzonaphthol (0,3—0,5 три раза в день).

Основанием для направления *наружной терапии* острой и подострой экземы служат патологоанатомические изменения пораженной кожи в различных периодах болезни и качество сосудодвигательных рефлексов пораженной (красной) кожи. Сообразно с этими изменениями применяются средства защищающие, сосудосуживающие и вяжущие, сосудорасширяющие, успокаивающие, размягчающие и разрешающие.

Начальные пятна экземы, еще не мокнущие, обильно присыпаются пудрой, защищающей кожу от внешних раздражений (Amylum triticum или: Amylum triticum, zincum oxydatum aa, или плотнее держащаяся на коже жирная пудра: Amylum, zincum oxydatum aa 50,0, spermacetum 2,0). Еще лучше после припудривания наложить легкую марлевую повязку (согревающих ватных повязок лучше избегать).

Когда на пятнах появилось мокнутие, применяют противовоспалительные, сосудосуживающие и вяжущие средства, из которых наилучшее Aqua plumbi, применяемая в форме охлаждающих компрессов, часто меняемых (через 5—10 минут) в течение многих часов (2—4 и более), ежедневно утром и вечером. На ночь, а равно в промежутки между сеансами применения компрессов, по обсушивании кожи, прикладывают безразличные жиры и мази (борный вазелин, ung. Wilsonii) на полотно (стерилизованная ветошь). Точно также применяется Argentum nitricum в $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ % растворе в форме перевязок (без клеенки), перемняемых 3—4 раза в день.

Как показали наблюдения нашей клиники,¹ отсюда нужно выделить случаи, в которых на пораженной (красной) коже вызывается белый дермографизм. Эти случаи, равно как и экзема на синюшных холодных конечностях, ухудшаются от сосудосуживающего лечения и наоборот улучшаются при лечении сосудорасширяющими средствами,

¹ П. В. Никольский. Значение сосудодвигательных рефлексов пораженной кожи в терапии кожных болезней. «Врачебное дело», 1923, № 21—23.

наилучше теплом в форме теплых свинцовых примочек, грелок, припарок, теплого воздушного электрического душа (последним по 5—10 минут 2 раза в день).

При образовании корок (*eczema crustosum*) употребляют средства размягчающие — жиры. Для волосистой части головы — жидкие жиры: *oleum provinciale, ol. amygdalarum, ol. sesami*, которыми обильно пропитывают кожу головы и накладывают повязку с вощанкой, не впитывающей жира. На другой день размягченные корки удаляют механически (ватой, пинцетом), а если нет особого раздражения кожи, то смывают теплой водой с мылом. На коже без настоящих волос применяют плотные жиры и мази: *lanolinum, ung. diachylon*, которые намазывают на кожу и присыпают пудрой, или же намазывают на фланель или бумазею (мазевой компресс) и поверх кладут повязку. Через сутки размягченные корки удаляют ватой с вазелином или жидким маслом и снова накладывают мазевой компресс.

Когда мокнутие проходит и краснота уменьшается, но зуд все еще существует, компрессы заменяют успокаивающими мазями и пастами, каковы:

Rp. Magisterii bismuti 4,0, Unguenti Wilsonii 50,0. M. D. S. Мазь. Pasta Lassar'a: Rp. Zinci oxydati, amyli tritici aa 25,0, lanolini, vaselini flavi aa 25,0. M. D. S. Паста, и др. Сверх мази или пасты кожа припудривается, а если нужно, накладывают легкий бинт.

Когда остается ничтожная краснота и шелушение (*eczema squamosum*), переходят к слабым кератопластическим средствам, напр., к дегтю: *Rp. Olei rusci 4,0, ung. Zinci benzoati (seu Wilsonii) 50,0. M. D. S. Мазь*. Эту дегтярную мазь втирают в кожу кисточкой, — и к решающим, каковы: массаж, массаж-растяжение, массаж-гимнастика.¹

Наконец, нужно сказать о лечении подострой формы во всех периодах ее, включая мокнущий, лучами Рентгена. Дается $\frac{1}{3}$ дозы и через 7—14 дней освещенный участок оздоравливает: мокнутие прекращается, краснота уменьшается и ороговение восстанавливается. Если нужно, освещение повторяется через 2—3 недели после первого в той же дозе.

Лечение хронической экземы.

Для правильного направления лечения в хронической экземе необходимо отличать следующие формы:

1. *Хроническая экзема в периоде обострения*. В этих случаях обыкновенно мы имеем дело с долго существующей, многие месяцы или годы, экземой каких-либо определенных ограниченных участков кожи

¹ В. П. Никольский. Массаж-растяжение кожи. Клиническая Медицина 1922, № 5—6 (9—10).

(напр., близ *apuc'a*, на мошонке, на кистях), на которых постоянно существует небольшая краснота, шероховатость, небольшое количество папулок, пузырьков, корочек и небольшой зуд. Обострение процесса выражается: 1) усилением красноты, высыпанием пузырьков, образованием корок и мокнутием вместе с усилением зуда на пораженных участках; 2) к этому часто присоединяется появление новых экзематозных участков на здоровой коже, и 3) все это обыкновенно сопровождается явлениями возбуждения со стороны нервной системы: повышением сухожильных и сосудистых рефлексов и проч.

Хроническая экзема в периоде обострения требует ухода и лечения, совершенно сходных с уходом и лечением острой экземы. Единственное отличие может состоять разве в том, что здесь острый процесс обыкновенно менее интенсивен, чем в случаях первичной острой экземы, как это свойственно всем другим болезням. Поэтому и лечение часто не требует уже такой строгости, как при острой экземе.

2. *Хроническая экзема с склонностью к обострению.* В этих случаях экзема, обыкновенно на ограниченном пространстве, выражается небольшой краснотой, шероховатостью, небольшим высыпанием пузырьков и т. д. Но этот локализованный и иногда ничтожный в данное время процесс имеет склонность к обострению, что мы узнаем: 1) из анамнеза. Больной говорит, что у него часто на пораженных участках появляется сильный зуд и мокнутие, и в то же время появляется экзема и на здоровых участках кожи; 2) на основании состояния сосудистой системы кожи, которая в этих случаях обыкновенно представляется возбудимой (красный дермографизм).

Лечение этой формы нужно начинать также по плану лечения острой экземы и вести его до тех пор, пока, под влиянием вышеуказанных внутренних и наружных успокаивающих средств (в течение 4—5—6 недель), не пройдет повышенная возбудимость нервно-сосудистой системы кожи, и в то же время не составится известная уверенность в том, что экзема утратила склонность к обострению. С этого момента лечение видоизменяется по плану лечения нижеописанной формы.

3. *Хроническая экзема без склонности к обострению.* В этих случаях хроническая экзема, как выясняется из анамнеза (а еще лучше, конечно, на основании собственного наблюдения, к которому всегда и нужно прибегать при имеющемся хотя бы и малейшем сомнении в показаниях больного), в продолжение долгого времени — годов или по крайней мере месяцев — не дает обострения, и в то же время нервно-сосудистая система кожи, при исследовании, оказывается совершенно спокойною. Эту форму мы или получаем, так сказать, готовую при начале нашего наблюдения, или мы сами соответствующими вышеуказанными лечебными приемами получаем ее из острой экземы и из двух предыдущих форм хронической.

Здесь мы имеем дело с состоянием организма и с состоянием кожи, противоположными всем предыдущим формам: вместо повышенной деятельности нервной и сосудистой систем имеется ослабление ее. При вялой иннервации и вялом крово-лимфообращении раз происшедшие анатомические изменения в коже не могут исправиться собственными силами организма. Необходимо позаботиться об укреплении организма, об улучшении иннервации, об оживлении крово- и лимфообращения. Следовательно, принцип лечения будет другой.

Кроме того, хроническая экзема, во всех ее формах, нередко соединяется с неправильностями обмена веществ, каковы мочекислый диатез, сахарное мочеизнурение и тучность, а также и с неправильностями внутренней секреции. Поэтому из *внутренних* средств здесь показаны средства укрепляющие и исправляющие обмен веществ.

Из укрепляющих средств самые употребительные мышьяк и железо.

Rp. Solut. arsenicalis Fowleri 8,0, tinct. gentianae 30,0. M. D. S. По 10—20 кап. 2 раза в день после пищи.

Начав с 10 капель, больной ежедневно прибавляет по капле, доходит до 20 капель и на этой дозе останавливается 3—4 недели и затем убавляет по капле до 10. При расстройстве пищеварения лечение прерывается.

Rp. Arsenici albi 0,2, piperis nigri 8,0, Extr. et pulv. liquiritiae q. s. Ut fiant pilulae № 100. D. S. По 2—10 пилюль в день после пищи.

Здесь также соблюдается постепенность в увеличении дозы и обращается внимание на возможное расстройство пищеварения.

Rp. Natrii arsenici 0,5, aquae carbolicae $\frac{1}{4}\%$ 30,0. M. D. S. Для подкожных впрыскиваний. Сюда можно прибавить cocain'a 0,06 или novocain'a 0,12.

Rp. Solut. aquosae 5%, natrii cacodilici 30,0. D. S. Для подкожных впрыскиваний.

Этот препарат можно брать готовым французской фирмы Clin, в ампулах.

Rp. Solut. arsenicalis Fowleri 8,0, tinct. ferri pomati 30,0. M. D. S. По 10 капель 2 раза в день после пищи.

Rp. Pilul. Blandii № 100. D. S. По 1—2 пилюле 2 раза в день после пищи.

Этот препарат железа можно брать английской фирмы Park-Davis.

Из физических деятелей при хронической экземе может служить климатическое лечение.

Морской климат может быть успокаивающим и возбуждающим. Успокаивающее действие он оказывает на берегу теплых морей, в местах, защищенных от ветра (у нас южный берег Крыма). Тут давление атмосферы высокое, что может противодействовать красному дермографизму,

влажный и теплый воздух успокаивает теплообразующие и теплорегулирующие аппараты. Равномерная температура (море поглощает солнечную теплоту днем и отдает ее ночью) успокаивает кожу; убаюкивающий плеск волны и созерцание гладкой безбрежной поверхности моря успокаивает психические центры. Возбуждающее действие он оказывает на берегу северных морей, с более низкой температурой, в открытых для ветра местах (Балтийское море).

Лесной климат приближается к морскому по влажности, умеряющей температуру. Лес защищает от ветра. Общее действие успокаивающее.

Степной климат отличается сухостью, подвижностью воздуха, высокой летней температурой. Он располагает к усиленному потоотделению, повышает обмен веществ. Оказывает возбуждающее и разрешающее действие.

Горный климат имеет низкое атмосферное давление (полезное при белом дермографизме), изменчивую температуру, подвижной воздух, в солнечном луче много химических лучей. Оказывает возбуждающее и укрепляющее действие (Кисловодск — 800 м над уровнем моря, Боржом — 798 м, Абастуман — 1302 м).

Средства, исправляющие обмен веществ, назначаются сообразно с имеющимися явлениями. Так, при мочеисловом диатезе показаны щелочные минеральные воды (Боржом, Ессентуки и др.). При тучности, кроме ограничения количества пищи и возможного исключения из нее жиров и углеводов, показаны горько-щелочные минеральные воды: Карлсбад, Мариенбад, Баталинская. При сахарном мочеизнурении, кроме исключения из пищи углеводов, показаны также щелочные воды.

Когда есть основание предполагать недостатки внутренней секреции, как напр., при экземе у стариков, в климактерическом периоде женщины, употребляют соответствующие препараты из органов, каковы: *Sperminum 20—30 кап. 2 раза в день перед пищей в щелочной воде или подкожно, ovarinum in tabletis по 0,3 три раза в день*, и др.

Болезни желудка, кишечника, печени при этом являются на первом плане, так как, обуславливая плохое всасывание пищевых веществ, они сами по себе ведут к ослаблению нервной системы. Нередко даже они составляют противопоказание к назначению многих из вышеуказанных лечебных средств, напр., мышьяка, морских купаний и т. д.

С излечением указанных болезней улучшается жизнедеятельность нервной системы, и тогда экзема проходит сама собой без всяких специальных воздействий. Этим объясняется благоприятное влияние горячих и щелочных вод (Карлсбад, Ессентуки и т. п.) на экзему, когда эти воды назначаются при соответственном показании.

Далее, болезни женских половых органов (матки и яичников) сами по себе, путем рефлекса, а также вследствие изменения внутренней секреции могут вызывать и поддерживать экзему. Но кроме того, при существовании их едва ли возможно достаточное укрепление нервной системы. Поэтому, оставляя их без внимания, мы рискуем не получить никакого улучшения экземы при употреблении всевозможных средств.

При Базедовой болезни уменьшение щитовидной железы, достигаемое, напр., электризацией и подом, благоприятно влияет на экзему.

Наружное лечение описываемой стационарной формы экземы во многом значительно отличается от лечения предыдущих форм.

Цель лечения сводится, по преимуществу, к разрешению инфильтрата. Это достигается противовоспалительными разрешающими средствами, ведущими к приливу крови и ускорению крово- и лимфообращения, что способствует всасыванию инфильтрата. К ним относятся: тепло в форме согревающего компресса, теплых водяных, паровых, горяче-воздушных ванн, массаж, мыльные размывания, деготь (с ung. diachylon 1:10 и per se).

В некоторых случаях ограниченной и долго продолжающейся экземы на ладонях и подошвах с разрастанием рогового слоя приходится прибегать к более сильному средству, чем мыльные размывания, а именно к *тиранию едкого кали* в водном растворе 1:3.

Куском ваты, смоченным в этом растворе и плотно зажатым в пинцет, сильно растирают экзематозный участок до появления кровотечения, затем обливают водой, высушивают и прикладывают мажевый компресс с ung. diachylon.

Необходимо еще указать на один лечебный прием, применяемый при экземе нижних конечностей. В виду особых неблагоприятных условий для оттока венозной крови из нижних конечностей вообще, тем более при наличии нередко встречающихся варикозных расширений вен, экзема здесь обыкновенно сопровождается большей или меньшей степенью отека. Какое бы лечение мы ни употребляли, но без исправления кровообращения, как показывает практика, мы не можем добиться излечения. Поэтому, при хронической экземе указанных областей кожи (наичаще голеней), мы всегда должны присоединять бинтование.

Последнее должно быть рассчитано таким образом, чтобы давление постепенно уменьшалось снизу вверх. Бинтование начинается со стопы и доходит до бедра. Наилучший бинт, дающий правильное равномерное давление, — фланелевый. Длина его должна быть не меньше 10—12 арш., ширина 3—4 поперечных пальца. После наложения мажевого компресса стопа и голень покрываются тонким равномерным

слоем ваты, на которую уже и накладывают бинт. Последний необходимым днем, когда нога держится, по преимуществу, в вертикальном положении; на ночь же, когда нога имеет горизонтальное положение, его можно заменять марлевым бинтом, единственно с целью удерживания компресса. Эластический бинт, как задерживающий кожную перспирацию, неудобен при экземе.

В виду тяжелого ощущения зуда, сопровождающего все формы экземы, и в том числе хроническую, даже когда она не имеет склонности к обострению, предлагается много средств специально зудоуспокаивающих. Таковы: *acidum carbolicum* 1% — 5% в мази, *bromocol* 2% — 10% в мази, *mentholum* 1% — 5% в мази и др. По нашему мнению, эти средства можно разве пробовать и то с опасением причинить раздражение ткани, но нельзя полагаться на верность их действия.

Более надежное влияние при сильном зуде можно получить от фарадического тока, а также от лучей Рентгена. Последние применимы как в подострой, так и в хронической форме экземы, причем они влияют благоприятно не только на зуд, но и на патологоанатомические изменения кожи. Дается $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ дозы, которая может быть повторена через одну и две недели.

В нашей клинике в 1925 г. было пользовано лучами Рентгена 121 больных экзематиков, которые в общей сложности получили 1093 сеанса, доза была $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ Е. Д., жесткость W. 8 или W. 10, через 1 миллиметровый алюминиевый фильтр, $\frac{3}{4}$ — 1 Е. Д. Почти все пользованы с большим успехом. Зуд ослабевал и даже проходил скоро, но всасывание инфильтрата и полное излечение требовало повторного освещения через 3 — 4 недели, а в некоторых случаях и третьего сеанса. От возврата болезни рентгенотерапия не гарантирует.¹ Впрочем, Wetterer рекомендует, после излечения, давать еще маленькие профилактические дозы ($\frac{1}{4}$ Е. Д.) через 1, 2 и 3 месяца, чем сильно уменьшается процент рецидивов.

Больной с той или другой формой долго продолжающейся экземы часто задает вопрос врачу, особенно при обширном смазывании кожи мазями, можно ли ему обмыться в ванне. То или другое разрешение этого вопроса зависит вполне от периода экземы и общего состояния кожи. В остром периоде ванны совершенно запрещаются. Но когда сосудистые рефлексы уменьшились, местные явления значительно ослабли, тогда можно разрешать больному ванну для обмывания 28° — 29° R, продолжительностью 10 — 15 мин., без мыла, но с прибавле-

¹ Г. Э. Хаспекер. Рентгенотерапия болезней кожи по данным рентгенокабинета клиники кожных болезней Сев.-кав. госуд. ун-ва. в 1925 г. «Медиц. мысль», т. IV, кн. 1, 1925.

нием $\frac{1}{2}$ — 1 кг крахмала. При хронической экземе, хотя бы еще имеющей наклонность к обострению, такие ванны (и даже с легким мыльным обмыванием непораженной кожи) можно разрешать свободнее, и даже систематическое употребление их может иметь известное благоприятное действие.

Себорройная экзема.

(Eczema seborrhoicum.)

Под этим названием разумеют явления *seborrheae siccae* (шелушение жирными на-ощупь чешуйками), к которым присоединяются воспалительные явления (гиперемия и инфильтрация).

Eczema seborrhoicum выделена в особую форму Унной в 1886 году.

Любимое место болезни — волосистая часть головы, где кожа представляется покрасневшей, инфильтрированной и покрытой большим количеством жирных чешуек. Отсюда она спускается на лоб (с *seborrhoica*), ушные раковины (особенно задние поверхности). Красные шелушащиеся края поражения обыкновенно резко очерчены. Другое излюбленное место, это — грудь (*eczema de flanelle* — у лиц, носящих фланелевые фуфайки, *dermatose figurée medi thoracique Brocq*) и спина между лопатками. Здесь страдание является в форме красных, покрытых жирными на-ощупь чешуйками, резко очерченных кругов, частью сливающихся друг с другом и образующих разнообразные фигуры.

Иногда себорройно-экзематозные участки мокнут. Субъективные ощущения состоят в небольшом зуде.

Течение очень продолжительное — месяцы и годы.

Патологоанатомические изменения в эпидермисе состоят в паракератозе, акантозе и вакуолизации; в *corium* — гиперемия и небольшая инфильтрация в сосочках и в подсосочковом слое.

Причины болезни. Патогенез по Лангу таков: сначала развивается себоррея, и затем разлагающийся жир дает жирные кислоты, раздражающие кожу и вызывающие экзему. По этому взгляду основными причинами будут все те причины, которые вызывают себоррею (продукты ненормального обмена веществ при артрите и тучности, продукты брожения в желудочно-кишечном канале при расширении желудка, запорах, неправильной деятельности печени и проч.). Но некоторые авторы видят причину в бактериях.

Для лечения применяют преимущественно серные препараты (*sulfur praecipitatum* 2% в мази, *ichtyolum* 5 — 10% в мази и др.).

Многоформенная экссудативная эритема.

(*Erythema exsudativum multiforme*.)

Под именем эритемы (*erythra* — краснота) вообще понимается краснота кожи или слизистых оболочек, зависящая от расширения кровеносных сосудов. Но краснота может появляться от самых разнообразных причин и в том числе от причин физиологических, напр.,



erythema ex pudore. Очевидно, что красноту последнего рода нельзя относить к какой-либо особой болезни. Точно так же краснота при различных болезнях, напр., при экземе, сифилисе, также нередко называется эритемой и входит в точно определенную характеристику названных страданий, не представляя также особой болезни. Таким образом слово «эритема» употребляется для обозначения симптома того или другого кожного страдания.

Однако, наблюдения показали, что необходимо выделить в особую группу страдания кожи, которые характеризуются преимущественно краснотой, хотя в то же время сопровождаются и другими морфологическими изменениями кожи.

Рис. 20. *Erythema exsudativum universale*.

Этой-то группе, по преимуществу, и свойственно название эритемы, причем, следовательно, слово эритема в этом случае означает не только симптом, но определяет и особое кожное страдание, особую форму болезни. Но в виду того, что в сказанной отдельной группе кожных расстройств, кроме красноты, наблюдается обыкновенно экссудация и разнообразие морфологических элементов, этой группе присвоено название эритемы с определяющими терминами: *erythema exsudativum multiforme*.

Таким образом, под именем *eryth. exsud. multiforme* понимается особая форма болезни, с определенными морфологическими изменениями, с определенным, хотя и довольно разнообразным, течением и определенными этиологическими моментами. Сюда не может входить *erythema ex pudore*, или *erythema syphiliticum*, эритема при экземе и т. п.

Морфологические изменения при многоформенной экссудативной эритеме состоят в образовании красноты, папул и узлов, пу-

зырьков и пустул. Все эти морфологические элементы носят воспалительный характер, т. е. краснота ярко-красная, папулы, узлы, пузырьки и пустулы развиваются на воспалительном, следовательно, красном и припухшем основании, что резко отличает эту болезнь от сифилитической, также полиморфной сыпи.

Краснота является в самых разнообразных формах: в форме ограниченных пятен различной величины, или занимает большие участки кожи, или даже всю без исключения поверхность кожи (*erythema scarlatiniforme*).

Цвет пораженных участков вначале ярко-красный, затем темно-красный. Их поверхность вначале гладкая, затем покрывается чешуйками. Ярко-красный цвет и последующее шелушение пятен отличает *erythema exsudativum maculatum* от *roseola syphilitica*, которая имеет более темный цвет и никогда не шелушится.

Инфильтраты могут быть или в виде небольших папул или очень больших узлов, достигающих до величины грецкого ореха. Инфильтраты всегда сидят на воспаленном основании; вначале они ярко-красного цвета, затем темно-красного и фиолетового; очень редко подвергаются вторичным изменениям, самое большее, если на верхушке их образуется небольшой пузырек или пустулка. Этим большие узлы резко отличаются от подобного им по внешнему виду фурункула, в котором всегда происходит глубокое нагноение, ведущее к образованию язвы, на дне которой заметна омертвевшая ткань подкожной клетчатки.

Консистенция узлов, плотная вначале, затем делается пастозной. Всасываясь в 8—10 дней, они оставляют фиолетовые пятна, принимающие зеленоватый или желтоватый цвет, постепенно исчезающий. Большие узлы (*erythema nodosum*) болезненны при давлении.

Пузырьки, пузыри и пустулы также бывают разнообразной величины — до голубинового яйца и также сидят на воспаленном основании.

Расположение отдельных элементов может быть или неправильным или же элементы собраны в определенные группы: круги и другие фигуры.

Вторичные изменения сыпи следующие: 1) шелушение эпидермиса, которое в одних случаях бывает незначительным, в дру-



Рис. 21. *Erythema exsudativum universale*.

гих — очень обильным, напоминая шелушение при скарлатине (*erythema scarlatiniforme*); 2) образование мокнущих поверхностей на участках, покрытых пузырьками и пустулами, после того как покрывка их разрывается. Эти мокнущие поверхности иногда занимают очень большие пространства. Они красны, покрыты серозным или серозно-гнойным экссудатом, который в некоторых случаях подмывает эпидермис на значительные расстояния; подмытый таким образом эпидермис (роговой слой его) отстает целыми пластами, причем с конечностей (кистей и стоп) иногда можно снимать его целиком, в форме перчаток. При значительной гиперемии и сильной экссудации иногда на многих местах не образуется настоящих пузырей, а весь эпидермис подмывается *en masse*. Такое нарушение связи слоев эпидермиса между собою или эпидермиса с подлежащей *cutis* резко отличается от подоб-



Рис. 22. *Erythema bullosum*.

ного же изменения, наблюдаемого при *remph. foliaceus*, при котором отслойка эпидермиса зависит не от экссудации, не от того, что обильно изливающийся экссудат механически отторгает слои эпидермиса, а от трофического нарушения связи между слоями последнего; 3) образование корок при засыхании пузырьков и экссудативной жидкости; 4) кровоизлияние при разрыве сосудов (*erythema haemorrhagicum*).

Что касается элементов узловатой эритемы, то, как сказано выше, распад в них наблюдается как исключение, и его приписывают индивидуальным особенностям почвы (золотуха и т. п.), но не сущности самого процесса. Поэтому и рубцов в коже почти никогда не остается.

Описанные морфологические элементы то оказываются все налицо, то лишь некоторые, напр., краснота или краснота и узлы, или пузыри и т. п. По тому или другому преобладающему элементу *eryth. exsud. multiforme* получает различные названия, именно: *erythema maculatum*, когда краснота пятнистая; *erythema scarlatini-*

forme, когда краснота занимает всю поверхность кожи и напоминает скарлатину; *erythema vesiculosum*, когда преобладают маленькие пузырьки; *erythema bullosum* при образовании больших пузырей; *erythema papulosum* — при высыпании папул; *erythema pustulosum* — при пустулах, *erythema nodosum* — при образовании узлов, *erythema exfoliativum* — когда сильно выражено отторжение роговых пластов. Кроме того, в виду склонности элементов эритемы (пузырьков и папул) к известной правильной группировке, употребляют название *erythema annulare seu circinatum*, когда пузырьки или папулы образуют кольцевидные фигуры; *erythe-*

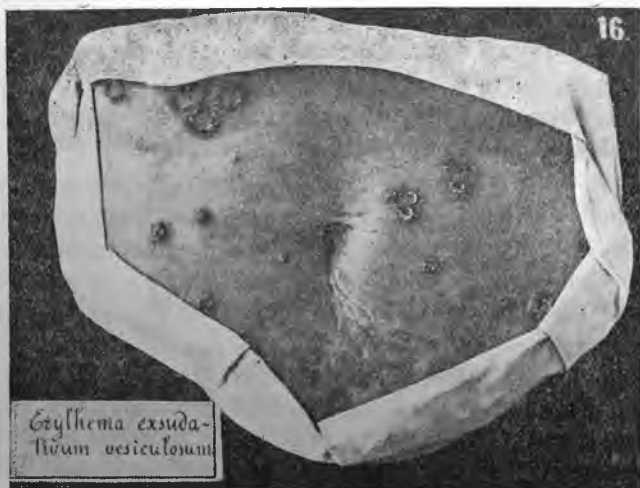


Рис. 23. *Erythema exsudativum vesiculosum*.

ma iris, когда вокруг центрального пузырька или папулы располагаются кольцевидно те же элементы; *erythema gyratum*, когда слияние отдельных кругов дает разнообразные фигуры. Узловатую эритему некоторые авторы (Ф. Гебра) выделяют в особую форму, но наблюдаемое совпадение ее с другими видами того же страдания заставляет ее также отнести в группу многоформенной эритемы (Полотебнов).

Наиболее излюбленным местом сыпи служат разгибательные поверхности, хотя она может занимать и все другие участки кожи. Кроме кожи, могут поражаться и слизистые оболочки: губ, щек, твердого и мягкого неба, зева, также половых органов. Картина болезни здесь будет несколько иной, так как более нежный эпителий слизистой оболочки скорее мацерируется и сходит и потому больше образуется ссадин. Наблюдается иногда поражение конъюнктивы в форме разлитого конъюнктивита или ограниченных пятен и папул. Наконец, в редких

случаях поражается слизистая желудка и кишок, что клинически обнаруживается тошнотой, рвотой, поносами, а при вскрытии находят в указанных органах красные пятна.

По наблюдениям нашей клиники,¹ при *erythema bullosum* давление крови в пальцевых артериях сильно повышено: по излечении болезни оно приходит к норме. Температура пораженной кожи выше здоровой на $0,2 - 5,2^{\circ}$ Ц.²

Течение болезни разнообразное, соответственно различным вызывающим болезнь причинам. На основании последних отличают следующие виды болезней:

1) *Эритемы вследствие наружных вредных влияний*, появляющиеся на месте приложения этих последних, напр., после втирания серой ртутной мази, иодной настойки и др. В этих случаях по прекращении раздражения новые высыпания прекращаются и сыпь быстро увядает. Эту форму называют также экземой или точнее дерматитом от внешних влияний.

2) *Рефлекторные эритемы* вызываются путем рефлекса — с различных органов тела на сосудистые центры и нервы. Раздражение кожи на одном каком-либо участке, напр., смазывание иодной настойкой, может вызывать высыпание эритемы на отдаленных участках. Точно так же раздражение тех или других внутренних органов, напр., матки, почек, мочеиспускательного канала и т. п., может вести к высыпанию на коже. Очевидно, что в этих случаях большое значение имеет степень индивидуальной рефлекторной раздражительности, причем у одного и того же субъекта степень рефлекторной возбудимости в различное время может быть настолько различна, что одно и то же периферическое раздражение то вызывает эритему, то остается без соответствующего эффекта. Течение этих эритем, по понятным причинам, очень капризное, так как оно вполне зависит и от периферических раздражений, и от степени рефлекторной возбудимости субъекта в данное время.

3) *Центральные эритемы*, зависящие от непосредственного раздражения центральной нервной системы патологическими изменениями в ней, напр., эритемы при *meningitis tuberculosa*, неврастении, истерии, после травмы.

4) *Токсические эритемы* вследствие раздражения нервно-сосудистой системы кожи вредными химическими веществами, которые вырабатываются при неправильностях обмена (тучность, мочекислый диатез, сахарное мочеизнурение) и в кишечнике при ненормальном броже-

¹ В. Н. Космадис. Кровяное давление при кожных заболеваниях. «Медиц. мысль», 1923, № 9 — 10.

² В. Н. Космадис. Цит. выше.

нии в нем (по данным нашей клиники, ¹ аутоинтоксикация из кишечника наблюдается в 40,6%, случаев экссудативной эритемы), а также при изменении внутренней секреции различных органов, особенно женских половых органов. Так, наблюдают повторные эритемы перед началом месячных, в течение их и по окончании месячных (*erythema menstruale*), также при дисменорее, при отсутствии месячных (викарные эритемы), при страданиях матки и влагалища (*fluor vaginalis*), после кастрации, во время беременности, в послеродовом периоде и в климактерическом периоде (*erythema climactericum*).

Последние формы эритем очень склонны к возвратам, когда действующее раздражение появляется периодически, как напр., при периодических изменениях в половых органах, связанных с месячными и беременностью.

У одной из моих больных, малокровной девушки с асфиксическими явлениями на верхних конечностях, с очень бледными слизистыми оболочками и вялостью кишечника, за несколько дней перед регулами, которые приходят правильно и по интенсивности нормальны, обыкновенно появляется то в более слабой, то в более сильной степени эритема лица: краснота и отёк кожи нижних век, папулы и пузырьки на щеках, на лбу, подбородке. Сыпь сопровождается сильным зудом, лишающим больную сна.

Начало климактерического периода также нередко сопровождается упорной эритемой.

Кроме того, вредные вещества могут поступать извне и особенно в виде лекарств. Страдания последнего рода составляют очень большую группу лекарственных эритем—*erythema medicamentosum* (см. следующую главу). Сюда относятся салициловый натр, антипирин, хинин, кокаинский бальзам, мышьяк, бром, иод, ртуть, различные лекарственные сыворотки.

В группу токсических эритем нужно отнести эритемы при различных инфекционных болезнях: родильной горячке, септицемии, тифе, остром сочленовном ревматизме, а также при голодании, соединенном с отечною болезнью. В последних случаях, как показали наблюдения нашей клиники, у половины больных наблюдается *erythema bullousum*. В одном случае, окончившемся вскрытием, найдены изменения в щитовидной железе, надпочечниках и межпозвоночных узлах. ² Эритемы после простуды можно объяснить также изменением обмена с выработкой токсических веществ.

¹ Т. Т. Глухенький. Цит. выше.

² Г. Н. Волов и А. А. Заславский. *Erythema bullosum ex inanitione*. «Русский вестник дерматологии», 1924, т. I, № 3.

5) *Самостоятельные инфекционные эритемы*, течение которых дает более определенную картину. При этой форме период предвестников всегда бывает, но интенсивность их в различных случаях очень различна. Они состоят в невысокой лихорадке, с разнообразными неглубокими общими расстройствами в области нервной системы (раздражительность, бессонница), пищеварительных органов (явления диспепсии, рвота, запор или понос), дыхательных органов (бронхит), суставов и мышц (суставные и мышечные боли). Продолжительность этих припадков несколько не зависит ни от формы, ни от большего или меньшего распространения эритемы по поверхности кожи (Полотебнов).

Высыпание нередко сопровождается ощущениями жжения, покалывания и зуда. Узлы эритемы болезненны при дотрагивании.

Течение инфекционных эритем острое, 3—4 недели, иногда до 8 недель.

Субъективные ощущения в периоде развитой сыпи состоят в тех же неопределенных припадках, что и в периоде предвестников: недомогании, боли головы и т. п. Но, кроме того, в ощущении покалывания, жжения, ползания мурашек и более или менее выраженном зуде.

Лихорадка иногда достигает высоких цифр — 40° Ц. Тип ее послабляющий или перемежающийся, реже постоянный, подобно тифу; падение литическое, редко критическое, с обильным потением; в острых случаях наивысшее разогревание получается уже на 4-й день болезни, причем и падение температуры бывает критическим; в более хронических случаях разогревание идет медленно и падение литическое. Наибольшее развитие сыпи не совпадает с таковым температуры, и новые высыпания далеко не всегда сопровождаются повышением температуры.

В заболевании принимают участие и другие органы помимо кожи. Так, на слизистой оболочке зева и рта наблюдаются высыпания, подобные таковым на коже: *erythema maculosum, papulosum, vesiculosum, bullosum*. Здесь большею частью выступают на первый план вторичные изменения, благодаря особым местным условиям (обилию влаги, механическим влияниям), а именно: помутнение эпителия на папулах, причем красный цвет их сменяется серовато-белым, и образование ссадин на местах вскоре разрывающихся пузырьков и пузырей. Высыпание на слизистых бывает то ограниченным, то очень распространенным, занимая слизистую губ, щек, десен, языка, зева. Механические раздражения при приеме пищи, жевании, разговоре нередко ведут к образованию болезненных надрывов и глубоких кровотокающих ссадин, заставляющих больного отказываться от пищи. Высыпание эритемы может быть и на слизистых половых органов (*vulva*), а также в очень редких случаях на конъюнктивах.

Неправильность пищеварения наичаще выражается поносами. Иногда наблюдается *pleuritis, pneumonia, endocarditis, albuminuria*, кровотечения из носа, иногда почечные, припухание лимфатических желез, не только

вблизи воспалительных фокусов, но и в отдаленных частях, увеличение печени и селезенки, острый суставной ревматизм. Часто наблюдается ангина, которая нередко предшествует сыпи, что позволяет считать зев за место внедрения инфекции. Все эти явления указывают на инфекционный характер заболевания. Страдание появляется иногда эпидемически, обыкновенно связано с известными сезонами (весна, осень) и сопровождает эпидемии тифа, кори, оспы, скарлатины.

Предсказание вообще благоприятно, хотя описаны отдельные смертельные случаи.

Описываемая многими авторами, как особая форма, повторяющаяся скарлатиновидная эритема (*erythema scarlatiniforme recidivans*) может быть отнесена к той же многоформной экссудативной эритеме. Клиническая картина выражается разлитым покраснением всей кожи с последующим обильным шелушением, при более или менее выраженной лихорадке. Мы подробнее остановимся на ней, когда будем говорить об эксфолиативной эритродермии.

Патологоанатомические изменения при многоформной эритеме состоят в гиперемии, отеке и экссудации, выраженной слабо при *eryth. maculosum* и сильно при *eryth. vesiculosum* и *bullosum*, в круглоклеточной инфильтрации при *erythema papulosum* и *nodosum*; при последней форме инфильтрация занимает не только кожу, но и подкожную клетчатку и состоит, главным образом, из эмиграционных клеток, сначала скопляющихся около сосудов, а затем занимающих всю вообще толщу ткани. К этому присоединяется слабо выраженное размножение фиксированных клеток соединительной ткани. При *erythema vesiculosum* и *bullosum* к гиперемии, отеку и экссудации в сосочковом и подсосочковом слоях присоединяются изменения в эпидермисе. Последний пропитывается жидким экссудатом, который производит отслойку в верхних слоях эпидермиса (наиболее на уровне зернистого слоя), вследствие чего и образуется пузырь. При этом, однако, в некоторых местах замечается и вакуольное перерождение эпителиальных клеток. Нередко количество жидкого экссудата бывает очень большим и отслойка подмытого эпидермиса происходит на большом пространстве. Количество эластических волокон уменьшается (Унна).

В пузырях и в крови находят *streptococcus*, *staphylococcus* и другие бактерии, но ни прививка чистой разводки найденных бактерий, ни прививка содержимого пузырей и крови доселе не дали характерной картины болезни.

Дифференциальная диагностика. *Erythema maculosum* может быть смешана с *roseola syphilitica*, от которой отличается вскоре наступающим шелушением.

Erythema nodosum может быть смешана: 1) с фурункулом, от которого отличается отсутствием сколько-нибудь глубоких регрессив-

ных изменений. Узел эритемы, самое большее, имеет на вершине маленькую пустулку, тогда как фурункул подвергается глубокому распаду; 2) с *сифилитической гуммой*, от которой отличается более ярким цветом, воспалительной реакцией периферии, также отсутствием распада.

Erythema vesiculosum может быть смешана с *экземой*. Отличительные признаки изложены выше в главе об экземе.

Erythema bullosum может быть смешана с *pemphigus acutus*. Многие авторы (Гебра, Полотебнов и др.) не признают *pemphigus acutus* за особую форму, относя его к *eryth. bullosum*. Воспалительная реакция, благоприятное течение и исход склоняют диагноз в пользу эритемы.

Отличие *erythema scarlatiniforme* от *скарлатины* состоит в том, что при первой температура не столь высока (38—40° Ц); общее состояние мало расстроено, нет жабы, не бывает характерных для скарлатины изменений языка (первые дни обложенный, а затем красно-малиновый), нефрита, хотя небольшое раздражение почек, выражающееся присутствием ничтожного количества белка в моче, иногда бывает. Шелушение наступает скоро, когда на многих местах существует еще сильная краснота (при скарлатине оно выступает не раньше того дня, когда краснота совершенно исчезла). *Корь*, при которой сыпь состоит из пятнышек и папулок, также сопровождается высокой температурой и, кроме того, воспалением слизистых носа, гортани и бронхов и конъюнктивитом; самая же коревая сыпь распространяется типически сверху вниз, начиная с кожи лица.

Лечение многоформенной эритемы в общем ведется по плану лечения острой и подострой экземы, так как и здесь на первый план выдвигаются явления раздражения нервной системы и кожи. Поэтому наиболее употребительны внутренние успокаивающие средства: бром, хинин; сосудосуживающие: эротин, *secale cornutum*; в некоторых случаях при *erythema scarlatiniforme*, когда имеется налицо белый дермографизм, — сосудорасширяющие средства.

Rp. Aspirini 0,5. D. t. dos. in oblatiis № 20. S. По 1 таблетке, два раза в день.

При часто повторяющихся эритемах в межрецидивные промежутки, если есть основание относить возвраты на счет неустойчивости нервной системы, применяются укрепляющие: мышьяк; при неправильностях обмена (мочекислый диатез, тучность, сахарное мочеизнурение), а также при неправильностях внутренней секреции — соответствующие средства, исправляющие обмен веществ (см. в главе об экземе).

При инфекционных эритемах употребляется *chininum muriaticum* (0,3 три раза в день) и *natrium salicylicum* (0,6 три раза в день).

При распространенном высыпании, особенно с обильной экссудацией, нужно пользоваться послабляющими (Баталинская, Гуниади, стакан утром) и мочегонными.

Наружная терапия в большей части подобна таковой при острой и подострой экземе. При пятнах — защищающие средства (пудра); при узловатой эритеме — узлы покрываются цинковым пластырем:

Rp. Emplastri zinci Unnae (seu Beiersdorf, seu Poehl) santim. 20 D. S.
Пластырь.

При мокнутии употребляются сосудосуживающие и вяжущие средства (охлаждающие компрессы с aqua plumbi); при образовании корок — размягчающие (жидкие жиры, oleum provinciale и др. для волосистой части головы; мазевые компрессы с ung. diachylon для кожи, не покрытой настоящими волосами). Хорошо действуют лучи Рентгена: W. 7 — 8, $\frac{1}{2}$ E. D., с повторением через 14 дней.

Лекарственные сыпи.

(Erythema medicamentosum.)

Многие лекарственные вещества, при внутреннем употреблении, способны у лиц предрасположенных вызывать сыпи в той или другой форме.

Иод, в форме иодистого натрия или калия и других препаратов, способен вызывать следующие изменения:

Acne jodicum, нередко с катаром слизистой носа (насморк). Acne jodicum, подобно acne vulgaris, развивается в окружности сальных желез, в форме воспалительного характера красной папулы, с горошину величиною, с периферическим воспалительным ободком, на верхушке которой образуется пустула. Любимые места: лицо, спина, грудь.

Acne jodicum отличается от acne vulgaris своим более воспалительным видом, отсутствием сальной пробки при выдавливании, развитием во время употребления иодистых препаратов и довольно скорым излечением по прекращении употребления их.

Erythema exsudativum multiforme в форме пятен, папул, пузырьков, пурпуры, узлов (erythema nodosum), пузырей — erythema bullosum, неправильно называемая pemphigus jodicus; последняя развивается в виде пузырей до 1 см и более в диаметре, дно которых может папилломатозно разрастаться, напоминая pemphigus vegetantem и framboesiam syphiliticam. Отличием, между прочим, служит скорое излечение по прекращении приемов иода. Если же приемы иода продолжают, высыпания усиливаются, развивается альбуминурия, диарея, гакексия и может наступить смерть.

Jododerma tuberosum fungoides, которая начинается с воспалительной папулы, быстро превращающейся в пустулу. Пустулы сливаются, образуя опухоли от горошины до голубиногo яйца, с папилломатозными разрастениями, из промежутков между которыми выдавливаются капли гноя. Опухоли покрыты серовато-черными корками. Любимое место — лицо, но могут быть и в других областях.

Гистологические изменения при *jododerma tuberosum* указывают на воспалительную гранулему: мелкоклеточная инфильтрация в дерме с выраженной склонностью к образованию абсцессов в папиллярном слое; сосуды сильно расширены, интима утолщена, эпителиальный покров сильно разрастается. Бактерий не находят.

После прекращения приемов иода опухоли проходят, оставляя лишь пигментацию без рубцов. При обильном распространении сыпи развивается лихорадка и может последовать смерть.

Против «иодизма» рекомендуется прибавление в микстуру соды, напр., *Rp. Natrii jodati 8,0, aq. destillatae 200, natrii bicarbonici 5,0. M. D. S. 3 раза в день по 1 стол. ложке*; или рекомендуется принимать иодистые препараты в $\frac{1}{2}$ — 1 стакане щелочной воды: Виши Эссенцуки № 17.

Другое предупреждающее иодизм средство — 5% раствор *calcii chlorati*, напр., *Rp. Natrii jodati 8,0, aq. destill. 200,0, calcii chlorati 10,0. M. D. S. По 2—3 стол. ложке в день*. Имеет также значение приучение организма, начиная с малых доз, с постепенным повышением

Бромистые препараты также вызывают эритему. Самое частое также *асне bromica*. Затем эритемы папулезные, везикулезные, пустулезные, сквамозные. Наблюдается также поражение, подобное *jododerma tuberosum fungoides*.

Салициловый натр может вызывать эритему скарлатиноформную везикулезную, буллезную, пустулезную, узловатую.

Ртутные препараты могут вызывать скарлатиноформную эритему и везикулезную, иногда с изъязвлениями и даже со смертельным исходом.

Мышьяк при долгом употреблении (а иногда быстро) способен вызывать различных видов эритему, а также кератодермию ладоней и подошв, гиперпигментацию и язвы.

Антипирин, атропин, хлорал-гидрат, хинин, сальварсан и многие другие вещества способны вызывать эритемы в той или другой форме.

Относительно механизма образования лекарственной эритемы существует два предположения: 1) эритемы образуются вследствие раздражения сосудов выделяющимся через кожу лекарственным веществом, 2) лекарственное вещество раздражает сосудодвигательные центры, под влиянием которых и происходит воспалительный процесс.

В пользу первого говорит выделение с потом иода, ртути, мышьяка и других веществ, в пользу второго симметричность высыпания. Вернее считать, что тот и другой способ имеют место с преобладанием то одного, то другого. Напр., аспе *jodica* и *bromica* естественнее объяснить местным раздражением выделяющимся через железы иодом и бромом, тогда как универсальную scarлатиноформную эритему, развивающуюся иногда после ничтожного количества лекарственного вещества, можно объяснить только влиянием последнего на сосудодвигательные центры. Что касается вопроса, почему только некоторые лица являются чувствительными к тому или другому лекарственному веществу (идиосинкразия), то он доселе не находит сколько-нибудь удовлетворительного ответа. В последнее время стараются объяснить это особенной сенсбилизацией организма к данному веществу (аллергия), относя явления к своего рода анафилаксии. Располагающей причиной являются страдания почек, сердца и сосудов.

Лечение. Самое действительное средство—это прекращение приема лекарства. Затем следуют средства, способствующие выделению его: послабляющие и мочегонные. Потогонные возможно употреблять лишь при сухих воспалительных процессах (*erythema scarlatiniforme*), с белым демографизмом и при отсутствии потоотделения. Наконец, для некоторых средств есть своего рода *antidota*; так, для ртути — иод, для иода — щелочи (щелочные воды) и *calcium chloratum*, для сальварсана — адреналин.

Кожные кровоизлияния.

(*Haemorrhagiae cutaneae. — Purpura.*)

Кровоизлияния в коже и подкожной клетчатке обнаруживаются красными пятнами, не исчезающими при давлении. Величина может быть различной — от точки до многих сантиметров в диаметре.

Маленькие, точечные кровоизлияния называются *petechiae*, более значительные *ecchimoses*; кровоизлияния в виде полос — *vibices*. Пятна обыкновенно лежат в уровень с окружающей кожей; иногда немного возвышены. Поверхность их нормально гладкая. Течение — несколько недель, причем цвет их постепенно изменяется из красного в фиолетовый, синий, зеленый, желтый. По всасывании обыкновенно не остается следа. Редко на месте кровоизлияния происходит атрофия кожи (*purpura atrophicans*).

Причины кровоизлияний могут быть наружные (механические: удар, растяжение; также от укуса насекомых: блох, комаров и друг.) и внутренние.

Кровоизлияние от внутренних причин принято называть *purpura*.

Purpura характеризуется образованием красных пятнышек, величиною с точку, $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ сантиметра, не исчезающих при давлении, обусловленных кровоизлиянием, не сопровождающихся никакими ненормальными ощущениями.

Излюбленное место их — нижние конечности; затем следуют верхние конечности, реже сыпь распространяется на туловище.

По течению и по сопутствующим явлениям отличаются нижеследующие формы:

Purpura simplex. При этой форме кровоизлияния происходят только в коже; все остальные органы в этом отношении остаются незатронутыми.

Болезнь начинается то без всяких сколько-нибудь заметных общих расстройств, то легким неопределенным недомоганием с небольшим повышением температуры. В коже развиваются кровоизлияния, величиною с булавочную головку, в большем или меньшем количестве.

Течение болезни вообще благоприятное: болезнь совершенно проходит в 2 — 3 недели. Иногда бывают повторные приступы высыпания петехий, и тогда течение болезни удлиняется на несколько недель. В очень редких случаях болезнь протекает бурно, с высокой температурой и общим подавленным состоянием, напоминая тиф; могут присоединиться кровоизлияния во внутренние органы и может быть смертельный исход.

Причины болезни точно не выяснены. Но есть основание считать болезнь инфекционной в виду того, что она имеет связь с инфекционными эритемами, вместе с которыми имеет и свое излюбленное время, осень и весну.

Purpura rheumatica отличается от предыдущей формы болями и опуханием различных суставов и вообще более тяжелым течением, иногда осложненным эндокардитом, нефритом, кишечными кровотечениями.

Течение болезни занимает время до 6 недель, но иногда затягивается долее, вследствие повторных кровоизлияний в кожу, приступов болей и опуханий суставов.

Причина болезни, как и *purpura simplex*, по всей вероятности, инфекционная.

Purpura haemorrhagica. Morbus maculosus Werlhofii. Болезнь начинается внезапно, без предвестников и без лихорадки и редко при незначительном недомогании и небольшом повышении температуры. В коже развивается большое число пятен — кровоизлияний, занимающих конечности и туловище, иногда сливающихся в большие поверхности.

К кожным изменениям присоединяются обильные кровоизлияния в слизистую рта, носа, трахеи, желудка и кишечника. Также могут быть кровоизлияния в плевру, сердечную сумку и головной мозг.

Обильные кровоизлияния причиняют малокровие, особенно при частом повторении.

Причины болезни не выяснены. Известно лишь, что у этих больных ранимость сосудов очень повышена.

Исход болезни, даже при долго затянувшемся страдании, обыкновенно благоприятный; но может быть и смертельный, особенно при язвах, развивающихся после кровотечений в слизистой кишке.

Кроме только что указанных, более или менее очерченных со стороны клинической картины и течения форм *purpurae*, последняя может развиваться в нетипической форме под влиянием различных причин. Таковы:

Purpura senilis, выражающаяся кожными кровоизлияниями на нижних конечностях у стариков, вследствие перерождения сосудов и затруднения венозного кровообращения.

Purpura nervosa, развивающаяся при различных нервных болезнях, функциональных (истерия) и органических (*myelitis*, *tabes* и др.), вследствие расстройства сосудодвигательной системы.

Лечение болезни состоит в покое, гигиенической обстановке и в употреблении средств сосудосуживающих (*Ergotinum Bonjeani* 0,12 — три раза в день; *infusum scalis cornuti ex* 6,0 — 200,0 по 3 — 4 столовых ложки в день), свертывающих кровь (*calcium chloratum* 6,0 на 200,0 воды по столовой ложке 3 — 4 раза в день; *liquor ferri sesquichlorati* 1:100 воды, 5 — 6 столовых ложек в день), противовоспалительных и противоревматических (хинина, салицилово-кислого натра, аспирина и др.).

Purpura annularis teleangiectodes Majocchi выражается образованием, преимущественно на нижних конечностях, красных пятен, величиной от точки до десятикопеечной монеты, отдельных и сливающихся, складывающихся в полные или частичные кругообразные фигуры; на них заметны расширенные сосуды. Пятна при давлении вполне не исчезают. Цвет их от розового (молодые) до бурого (старые). На последних иногда замечается поверхностная атрофия кожи. Не наблюдается ни зуда, ни боли. Заболевание продолжается от нескольких месяцев до нескольких лет. В сосудах кожи находят эндоартерит, иногда до полной закупорки сосудов, аневризмы, разрывы и кровоизлияния. Причину одни видят в интоксикации из кишечника, другие в туберкулезе, относя страдание в группу туберкулидов.

ПУЗЫРЬКОВЫЙ ЛИШАЙ.

(Herpes.)

Под именем *herpes* разумеется кожное страдание, характеризующееся высыпанием отдельными островками, на слегка припухшей и покрасневшей поверхности кожи, небольших пузырьков, в диаметре 2 — 3 мм каждый, прозрачное содержимое которых, по простейшим

нескольких дней, мутнеет, а затем, обыкновенно вместе с покрывкой, засыхает в корочки: по отпадении корочек остается сухая красная поверхность, принимающая вскоре цвет нормальной кожи, без рубцовых изменений. Для *herpes* характерна указанная величина пузырьков, их расположение отдельными ограниченными группами и их очень незначительная склонность к слиянию друг с другом, вследствие чего каждый пузырек отчетливо виден, и между отдельными пузырьками ясно видны промежутки нормальной кожи и, наконец, одинаковый возраст всех пузырьков, составляющих данную группу.

Herpes, высыпавший на участках кожи, в которых содержится большое количество влаги, как, напр., на внутреннем листке *praeputii*,

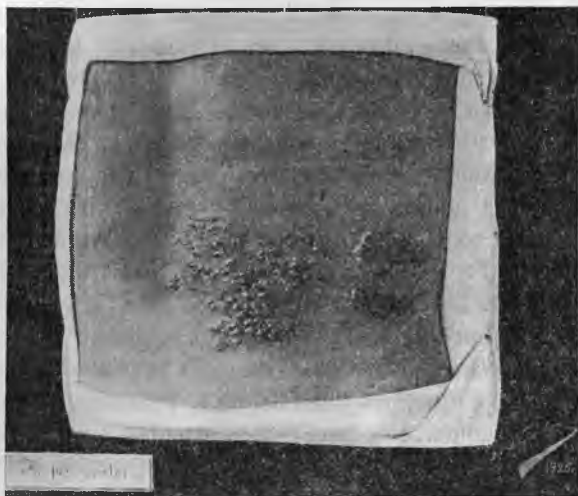


Рис. 24. *Herpes zoster*.

а равно и на слизистых оболочках полости рта и зева, дает вышеописанную картину с тем отличием, что вторичные изменения пузырьков состоят не в образовании корок, которые и не могут образоваться вследствие значительной степени влажности описываемых областей, а в образовании ссадин, после того как покрывка пузырьков разрывается и обнажается красное дно их.

Сообразно с клиническими явлениями *herpes* разделяют на следующие формы:

1) *Febris herpetica* представляет лихорадочный процесс, иногда с высокой температурой до 40°C , особенно в продромальном периоде, с высыпанием групп пузырьков, чаще на коже лица, но также и на других частях тела, а равно в полости рта и зева. Причина, вероятно, инфекционная.

2) *Herpes gestationis* развивается во время беременности и рецидивирует при последующих беременностях. Благоприятно действует вытяжка из яичников и сыворотка здоровых беременных.

3) *Опоясывающий лишай* (*herpes zoster, zona*) (рис. 24, 25) представляет высыпание пузырьков в областях, иннервируемых из определенных сегментов спинного мозга (прежде думали — в областях, иннервируемых определенными нервными стволами). Высыпание всегда, за крайне редкими исключениями, происходит только на одной половине тела, причем группы пузырьков доходят лишь до средней линии туловища; иногда замечаемый переход их через среднюю линию на расстояние нескольких миллиметров легко объясняется имеющимися анастомозами нервных веточек одной и другой половины тела. Наичаще

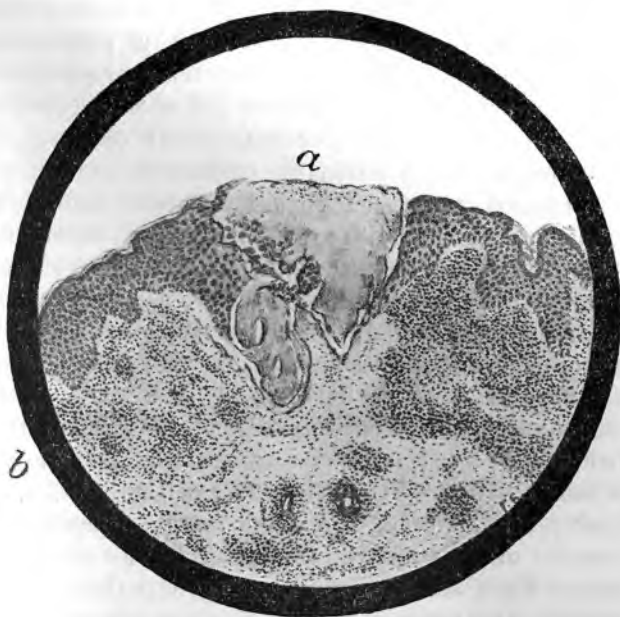


Рис. 25. а — пузырек, б — инфильтрат.

высыпание происходит в области межреберных нервов, но также нередко на лице, в области *n. trigemini*, и на конечностях.

Высыпание происходит иногда без всяких предвестников, но нередко в течение 2 — 3 дней ему предшествуют: 1) общее расстройство: небольшой жар, потеря аппетита, желудочно-кишечное расстройство и т. п.; 2) областное расстройство в области имеющего быть высыпания: боли ревматоидные с чувствительностью при давлении мышц и костей, напр., в форме, напоминающей *lumbago, sacrodyniam*, также с явлениями раздражения плевры, или невралгические боли по ходу нервных ство-

лов, напр., в форме, напоминающей *ischias*. В этом периоде возможны различные ошибки в распознавании; и 3) местные расстройства в ограниченном участке кожи, за которыми непосредственно следует высыпание: чаще гипералгезия, иногда соединенная с потерей чувства прикосновения — *anaesthesia dolorosa*; колющие боли, ощущение жжения, гиперэстезия. Зуд наблюдается очень редко.

Далее эти участки краснеют, немного припухают, и на них быстро образуются папулки, скоро переходящие в пузырьки. Чувство боли и жжения продолжается. Кроме того, у больных нередко можно констатировать боли при давлении на соответствующие нервные стволы и область соответствующих межпозвоночных узлов.

Участие в процессе наружных частей глаза, при *herpes zoster* в области первой ветви *n. trigemini*, выражается слезотечением, краснотой конъюнктивы и воспалением роговой и радужной оболочек. В исключительных случаях может развиваться *panophthalmitis*.

Точно так же при *herpes zoster* 2-й и 3-й ветвей *n. trigemini* образование пузырьков, быстро переходящих в ссадины, может происходить в соответствующей половине слизистой полости рта и зева.

Пузырьки каждой отдельной группы представляются совершенно одинаково возраста, но число групп может увеличиваться в течение первой недели. Нередко припухают ближайшие лимфатические железы. По прошествии недели пузырьки подсыхают, а еще через неделю корочки отпадают, оставляя лишь незначительную окраску, через некоторое время совершенно исчезающую. Все течение болезни, в обычных случаях, продолжается до 3 недель.

Иногда описанное течение болезни видоизменяется: пузырьки изъязвляются (*herpes zoster ulcerosus*) или к содержимому их примешивается кровь (*herpes haemorrhagicus*), или, наконец, дно пузырьков гангренизируется, что выражается образованием черных струщев, которые отделяются лишь после развития реактивного воспаления, оставляя более или менее глубокие рубцы (*herpes gangraenosis*). Во всех этих случаях течение болезни более длительное — несколько месяцев: общие явления и в частности нервные боли достигают значительной высоты, а иногда и по окончании кожного процесса остаются упорные и мучительные невралгии.

В более исключительных случаях развиваются мышечные атрофии, параличи различных мышечных групп, выпадение волос и зубов (при *herpes* в области тройничного нерва).

В противоположность более тяжелым случаям наблюдаются недоразвитые формы, когда имеется лишь краснота и припухание или к этому присоединяется еще высыпание папулок — недоразвитых пузырьков. Иногда этим и ограничивается все страдание, или же островки такого недоконченного высыпания встречаются вместе с вполне развитыми.

Причины болезни. Расположение сыпи в определенных нервных областях и сопутствующие ей нервные явления давно уже заставляли предполагать зависимость ее от заболевания нервной системы, что было высказано Мелисом (Mehlis) еще в 1818 г. Клинические наблюдения последующих авторов еще более подтверждали это предположение (Bright, Rayer, Hebra). Но только в 1861 г. Бэрэншпрунг (Bärensprung) точно установил этот факт данными вскрытия, при котором он нашел воспаление межпозвоночных узлов, что затем было подтверждено другими авторами (Chandelux, Lesser, Karosi, Dubler), но особенно ясно работами последнего времени Хеда и Кампбелли, которые представили данные вскрытий 21 случая. Во всех случаях было найдено воспаление межпозвоночных узлов, иногда геморрагическое, с распадом ганглиозных клеток. Передние корешки всегда оказывались здоровыми, а в задних корешках были дегенеративные изменения, которые распространялись отчасти вверх и вниз, по задним столбам спинного мозга, а также периферически, по нервному стволу до мельчайших кожных веточек. Хотя некоторые авторы 80-х годов (Curschmann и Eisenlohr, Pitres и Vaillard, Dubler) находили только неврит, но этим еще не исключается заболевание межпозвоночных узлов, которые или не были исследованы, или незначительные изменения их могли быть просмотрены. Точно также наблюдаемое развитие опоясывающего лишая при прогрессивном параличе, спинной сухотке и множественном склерозе не может еще говорить о том, что начальная причина сыпи лежит в заболевании головного или спинного мозга, так как при указанных нервных страданиях вполне естественно предполагать склонность к заболеванию и межпозвоночных узлов. Во всяком случае в настоящее время, на основании вышеуказанных немалочисленных уже прямых данных вскрытий, мы имеем право локализовать начальную причину описываемой болезни именно в последних.

Что же касается причин, вызывающих воспаление межпозвоночных узлов, то они многоразличны: ушиб, костоеда и опухоли позвонков, влияние химических веществ, как, напр., мышьяка, свинца, бактериальных токсинов при различных инфекционных болезнях, также какое-либо специфическое инфекционное начало, как это всего естественнее предполагать в случаях эпидемического herpes zoster. Наконец, нужно допустить возможность рефлекторного раздражения межпозвоночных узлов со стороны различных органов, напр., при маточных заболеваниях и т. п.

4) *Herpes labialis* занимает кожу верхней и нижней губы, в окружности отверстия носа и рта. Течение его обыкновенно кратковременное: 4—7 дней. Пузырьки скоро засыхают в корочки, по отпадении которых остается едва красноватая поверхность.

Страдание нередко развивается при malaria, pneumonia, febris gastrica, meningitis cerebro-spinalis epidemica.¹ По Говерсу (Cowers) herpes labialis может даже служить диагностическим признаком при последнем страдании, так как частота его может доходить до 26 из 29 случаев. Обыкновенно он появляется на 3 — 4 день болезни в окружности рта, но может распространяться на коже лица и ушей, симметрично на обеих сторонах. Говерс говорит, что herpes labialis позволяет отличать цереброспинальный менингит от других болезней с постоянной лихорадкой.

Herpes labialis наблюдается также у некоторых женщин в периоде месячных, иногда сопутствуя каждому менструальному периоду почти с математической точностью. Кроме того, наблюдают высыпание вслед за переутомлением и различными эксцессами. За причину болезни принимают самоотравление вредными продуктами обмена, развивающимися при указанных состояниях организма;

5) *Herpes genitalis* занимает glans, кожу praeputii, внутренний и наружный листок, у женщин — большие и малые губы, вход во влагалище, окружность заднепроходного отверстия. Нередко страдание является очень упорным и часто рецидивирует. Высыпание совпадает, с одной стороны, с заболеванием половых органов, например, herpes vulvae при твердом шанкре шейки матки, а с другой стороны, с раздражением периферических нервов данной области, до тяжелых невралгических болей включительно.

6) *Herpes oris*. См. в последней главе: болезни слизистых оболочек.

Патолого-анатомические изменения вообще при herpes состоят в расширении сосудов сосочков, в небольшой воспалительной инфильтрации в сосочках и под сосочками и в скоплении серозного экссудата в Мальпигиевом слое, в клетках которого замечаются дегенеративные изменения (вакуолизация и др.).

Дифференциальная диагностика herpes должна быть проведена между следующими болезнями:

1) При экземе пузырьки сливаются между собою, обыкновенно покрывка быстро разрывается, так что весьма часто мы не видим настоящих пузырьков, а видим лишь маленькие красные влажные ссадины.

При herpes пузырьки большей величины, мало наклонны к слиянию, долго сохраняют свой вид, вследствие большей прочности покрывки. Далее, вследствие слияния пузырьков и образующихся из них ссадин, корки при экземе представляются бесформенными, тогда как при за-

¹ Эта форма менингита характеризуется рвотой, жестокими болями головы и позвоночника, ригидностью мышц затылка и спины, контрактурами тех же мышц, а равно и конечностей; при этом голова оттянута кзади, бедра прижаты к животу; иногда бывает opisthotonus, температура доходит до 40 — 41° Ц.

сыхании пузырьков herpes'a они соответствуют положению каждого пузырька.

Экзема сопровождается сильным зудом, herpes протекает без всяких субъективных ощущений или ощущением жжения, покалывания, боли.

Течение острой экземы до 6 недель, течение герпетической сыпи короче: 2 — 3 недели. Кроме того, экзема очень склонна переходить в хроническую форму, с очень продолжительным течением. При экземе не бывает такой высокой температуры (40°), какая бывает иногда при герпетических высыпаниях (febris herpetica); экзема не поражает слизистых оболочек рта и зева.

2) Отличие от *pemphigus* будет изложено в главе о pemphigus.

3) Всего ближе herpes подходит к *erythema exsudativum vesiculosum* (erythema bullosum, papulosum и nodosum резко отличаются от herpes). Расположение herpes близ естественных отверстий тела (herpes labialis, genitalis), а также расположение herpes zoster в определенных нервных областях служит отличительным признаком.

4) Множественные *мягкие шанкры* половых органов могут быть смешаны с herpes genitalis, когда покрывки пузырьков удалены и остались садины. Но садины herpes более поверхностные, более чистые, мало гноятся, иногда очень многочисленные, имеют ровное дно, края не подрытые; каждая садина, раз образовавшись, не имеет склонности к увеличению. Herpes genitalis скоро проходит при соответствующем уходе. Язвы мягкого шанкра сильно гноятся, склонны к распространению, имеют неровное дно, подрытые края, очень болезненны, мало склонны к заживлению при самом тщательном уходе.

5) *Сифилитические папулы*, слизистые и мокнущие, могут давать повод к смешению с herpes полости рта и половых органов, когда помутневшие пузырьки herpes спадаются, жидкости в них не видно, и они представляются округлыми, плоскими, серовато-беловатыми папулами. В этих случаях нужно искать по периферии свежий пузырек, наполненный жидкостью: находка одного пузырька уже исключает сифилитическую сыпь.

Лечение внутреннее: 1) должно быть направлено, на вызывающие причины: малярию, пневмонию и проч., при herpes labialis; 2) должно быть успокаивающим при herpes zoster: дается chininum muriaticum по 0,3 два — три раза в день; 3) должно быть укрепляющим и противотоксическим при herpes genitalis recidivans, так как, вполне вероятно, здесь имеется дело с нарушенным равновесием нервной системы и с повышенной выработкой токсических веществ. Поэтому прибегают к повторному и продолжительному лечению мышьяком в промежутках между возвратами болезни, а также к послабляющим и дезинфицирующим кишечник и к мочегонным;

4) должно быть противинфекционным при febris herpetica, для чего применяют большие количества хинина и салицилового натра.

Наружное лечение должно удовлетворять следующим показаниям: 1) нужно защищать больную кожу от внешних раздражений; для достижения этого обращается внимание на одежду (узкий воротник и проч.) и на атмосферные влияния (избегать влияния холода, ветра при herpes facialis). Из фармацевтических средств часто достаточно присыпки пудрой (крахмал, тальк), а иногда (herpes labialis, genitalis) прибегают к индифферентной мази (ung. Wilsonii), 2) при явлениях раздражения, а также на мокнущие участки (ссадины на внутреннем листке крайней плоти и проч.) употребляют противовоспалительные сосудосуживающие и вяжущие: охлаждающие примочки из aqua plumbi, argentum nitricum 1%—2% раствор; 3) herpes полости рта, сопровождающийся сильной болезненностью, требует успокаивающих и в то же время дезинфицирующих. С этими целями назначается: полоскание настоем ромашки (flores chamomillae), столовая ложка на стакан кипятку, в который прибавляется tinctura opii 10 капель и acidum boricum чайная ложка, 4) рецидивирующий herpes genitalis кроме внутренних укрепляющих, требует и наружных укрепляющих, в виду правдоподобного предположения, что данная кожа является неустойчивой, с пониженной жизнедеятельностью, что во всяком случае должно относиться к покровному эпителию, в котором так часто происходит вакуольное перерождение клеток при образовании пузырьков. Кроме того, есть основание думать, что функция нервов кожи также изменена. Поэтому в межрецидивных промежутках прибегают к местным холодным обмываниям и к гальванизации. При последней действуют на кожу, в которой возобновляется herpes, анодом (катод на позвоночник) в течение 2—3 минут, при силе тока в 2—3 миллиампер, ежедневно в течение месяца, повторяя лечение после некоторого промежутка (в 1—2 месяца).

Пузырчатка.

(Pemphigus.)

Pemphigus представляет страдание кожи, выражающееся образованием пузырей различной величины, от просяного зерна до голубиного яйца и более, без воспалительной реакции, в большинстве случаев распространяющихся на всю поверхность кожи.

По клинической картине отличают pemph. vulgaris, pemph. vegetans и pemph. foliaceus.

Pemphigus vulgaris характеризуется высыпанием напряженных пузырей, иногда располагающихся кругами (pemphigus circinatus), по разрыве которых остаются ссадины, влажные, мокнущие или покрываю-

пиесе корками. В промежутках между пузырями и ссадинами кожа представляется здоровой, роговой покров ее прочным. Пузыри и ссадины через некоторое время заживают и на этом месте кожа совершенно оздоравливает до нового, возможного, высыпания пузырей.

Отличают *pemph. vulgaris benignus* и *pemph. vulgaris malignus*. *Pemphigus vulgaris benignus* характеризуется высыпанием пузырей в небольшом количестве, иногда единичных; пройдя обычные стадии развития, увядания и засыхания, пузыри исчезают и кожа на пораженных участках совершенно оздоравливает. Однако, высыпание пузырей обыкновенно возобновляется и болезнь затягивается на целые месяцы и даже годы.

Субъективные ощущения мало выражены и состоят в чувстве зуда и жжения на пораженных участках. Общее состояние не расстраивается, по крайней мере, заметно, и больные продолжают заниматься своим обычным делом, исключая редкие случаи с более обильным высыпанием, обуславливающим известные неудобства при движении. Какой либо определенной локализации сыпи не су-



Рис. 26. *Pemphigus vulgaris*.

ществует; она может поражать как кожу, так и слизистые оболочки. Я наблюдал случай *pemph. vulgaris benignus* у девицы истерички, у которой пузыри время от времени появлялись лишь на языке в течение 6 лет, без всяких общих каких-либо тяжелых расстройств в организме. Часто болезнь поражает во все время только одну какую-либо область — *pemphigus localis*, как в только что приведенном примере. Страдание наблюдается у лиц с явлениями истерии, почему его называют также *pemphigus hystericus*.

Pemphigus vulgaris malignus отличается обильным высыпанием пузырей, расстройством общего состояния организма (лихорадка, слабость и пр.). и, подобно ниже описываемым формам, летальным исходом.

Pemphigus vegetans (описан Нейманом в 1887 г.) отличается от предыдущей формы, во-первых, тем, что дно пузырей и ссадин раз-

растается и возвышается над окружающей поверхностью, так что получаются папулы, и, во-вторых, тем, что излюбленным местом начального высыпания являются наружные половые органы и окружность их, паховые складки, прилежащие участки бедер, окружность заднепроходного отверстия и слизистые полости рта и зева. Влажные серовато-беловатые папулы в окружности половых органов и на слизистой рта и зева так походят на сифилитические папулы, что весьма часто такие большие подвергаются противосифилитическому лечению.

Pemphigus foliaceus Cazenavi (описан Казенавом в 1844 году) характеризуется мало напряженными пузырями с вяло морщинистой покрывкой, слоистыми пузырями и корками, подобными слоеному тесту или облаткам, отсутствием совершенной регенерации эпидермиса на раз пораженных местах и особенно, по моим наблюдениям, ¹ ослаблением связи между слоями эпидермиса (между роговым и зернистым слоем) на всей поверхности кожи, даже в промежутках между пузырями и ссадинами, на участках по виду совершенно здоровых. Это последнее свойство кожи обнаруживается двумя способами: 1) при потягивании за разорванную покрывку пузыря можно удалять роговой покров на далекое пространство, даже на коже по виду совершенно здоровой; 2) при трении здоровой по виду кожи роговой слой легко сходит, обнажая едва влажную поверхность подлежащего (зернистого) слоя. Благодаря тому же свойству при *pemph. foliaceus* получают ссадины не только на местах разорвавшихся пузырей, как это бывает при *pemph. vulgaris* и *pemph. vegetans*, но и на таких местах, где никогда не было пузырей, так как достаточно небольшого трения (при движении в постели, при ходьбе, при чесании), чтобы получить большую отслойку рогового покрова. Поэтому при описываемой форме обнажения кожи достигают особенно больших размеров.

Ослабление связи между роговым и зернистым слоями нередко удается определить уже в начальном периоде болезни, когда высыпание пузырьков еще самое ничтожное и ограниченное. Поэтому естественно допустить, что именно это свойство кожи является главным изменением, на фоне которого разворачивается вся пестрая картина болезни. В эпидермисе, измененном в указанном направлении, по местам скопляется лимфатическая жидкость, образуя вялые пузырьки. По заживлении последних образуется новый роговой слой, но такой же непрочный, и в нем снова образуются пузырьки. Поэтому и говорят, что при *pemph. foliaceus* на местах, раз пораженных, никогда не бывает полного оздоровления и полной регенерации эпидермиса. Весьма часто под пузырем, засохшим в корку, во вновь образовавшемся роговом

¹ П. В. Никольский. Материалы к учению о *pemphigus foliaceus Cazenavi*. Киев. 1896.

покрове образуется новый пузырь, который также засыхает в корку, под которой снова образуется пузырь, и т. д. Отсюда слоистые, как облатки, чешуи и корки, которые считаются характерными для данной формы болезни. Наконец, как упомянуто уже, на коже легко образуются многочисленные и большие ссадины, благодаря непрочности рогового покрова.

Описанные формы, по заявлению некоторых авторов, могут переходить одна в другую. Так, *remph. vulgaris* и *remph. vegetans* могут перейти в *remph. foliaceus*. С другой стороны, и при *remph. foliaceus* наступают периоды временного улучшения, когда эпидермис крепнет, вместо вялых появляются напряженные пузырьки, и таким образом получается картина, приближающаяся к *remph. vulgaris*. Эти факты, с одной стороны, объединяют все клинические формы болезни в одно страдание, а с другой, позволяют думать, что *remphigus* вообще имеет своим начальным изменением ослабление связи между пластами эпидермиса, то на ограниченных участках, на которых и образуются пузыри, то, при высшей степени ослабления, по всей поверхности кожи, причем, кроме пузырей и происходящих из них



Рис. 27. *Pemphigus vulgaris circinatus*.

ссадин, образуются ссадины и на участках по виду здоровых, но где роговой пласт уже слабо связан с подлежащею тканью.

Pemphigus наблюдается во всех возрастах, но более свойствен пожилому и очень мало детскому возрасту.

Начало болезни большей частью мало обращает внимания больного, да и врача. Так, в одних случаях дело начинается с появления одиночных маленьких пузырьков и ссадин на каком-нибудь участке кожи (груди, спине, конечностях), при легком ощущении зуда или жжения, что в течение недель считается больным, нередко и врачом, за экзему, и лишь распространение сыпи на значительное пространство заставляет предполагать какое-то иное страдание. В других случаях первая сыпь является на слизистой зева или полости рта в форме пузырьков и ссадин, дающих представление об ангине или афтах. Значительное распространение сыпи по слизистой рта и зева, упорное существование болезни в течение многих недель и особенно появление пузырьков и на коже заставляют отказаться от вышеназванных диагнозов. Наконец, в третьем ряде случаев первая сыпь появляется

в окружности половых органов (паховые стигмы, внутренние поверхности бедер, промежность, в окружности заднего прохода) в виде пузырьков, покрышка которых скоро разрывается, а дно разрастается и выстоит над окружающей здоровой кожей (*remph. vegetans*). Получается картина, очень напоминающая мокнущие сифилитические папулы, и потому почти все такие больные вначале подвергаются противосифилитическому лечению. Распространение сыпи на другие участки кожи, и притом в виде отчетливо выраженных пузырьков, вообще не свойственных сифилису, уясняет суть дела.

Однако, не всегда бывает мало заметное начало болезни. Иногда, наоборот, оно бывает бурным, что случается, если началу болезни предшествуют какие-либо сильные влияния психические (аффекты) или физические (простуда).

В этих случаях тотчас или в тот же день у больного появляются сильные ненормальные ощущения в коже: ощущение жара, зуда при общем недомогании и лихорадке, и в ближайшие дни появляется обильное высыпание пузырьков, которое вначале может быть принято за *erythema vesiculosum et bullosum*.

Течение болезни. *Pemphigus*, начавшись ничтожным высыпанием на каком-либо ограниченном участке, как правильно (за исключением *remph. vulgaris benignus*), распространяются на всю поверхность кожи. Нередко, в конце концов, оказывается, что $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$ кожи покрыты пузырями, ссадинами, чешуями, корками. Распространение сыпи на всю кожу происходит в несколько недель, редко в несколько дней (острое течение болезни) или в несколько месяцев. Болезнь в общем неудержимо идет к ухудшению, но все же нередко можно подметить чередование периодов улучшения с периодами ухудшения. В периоде улучшения уменьшается и даже временно прекращается образование новых пузырей и ссадин, ослабленная связь слоев эпидермиса на здоровой по виду коже при *remphigus foliaceus* делается более прочной, ссадины покрываются роговым слоем, мокнущие участки высыхают, корки отходят, иногда получается впечатление наступающего оздоровления кожи. Но это обманчиво. Через некоторое время, без каких либо заметных поводов, появляются новые пузыри, новые ссадины, мокнущие, корки.

Болезнь оказывает сильное влияние на общее состояние и внутренние органы.

Уже с самого начала страдания больной чувствует общую слабость. Однако, пока сыпь держится на ограниченном участке, он еще занимается своим обычным делом. Но с распространением сыпи слабость увеличивается, что вместе с тяжелыми ощущениями от раздражения обнаженных участков при движении заставляет больного лечь в постель, с которой он не встает до самой смерти.

Субъективные ощущения очень тяжелые. Больной жалуется на слабость, боль и другие ненормальные ощущения в коже. Особенно тяжело для него прилипание белья к обнаженным участкам. Больной испытывает неприятное ощущение холода. При поражении полости рта и зева слизистая представляет сплошную ссадину, болезненную до невозможности питания.

Во внутренних органах не замечается каких-либо резких, бросающихся в глаза, клинических явлений. Однако, при внимательном наблюдении можно отметить некоторые отклонения. Так, пульс немного учащен, несоответственно температуре тела. В желудке и кишечном канале — катаральные расстройства, ведущие к поносу, иногда не удерживаемому, сильно истощающему больного. В моче иногда белок. В нервной системе всегда отмечаются изменения: ощущение жжения, холода, боли, зуда, пробегания чего-то, переливания и др. Чувство места, температуры, боли представляют отклонение то в смысле повышения, то понижения. Сухожильные рефлексы обыкновенно повышены. Иногда замечается симптом Ромберга.

Болезнь обыкновенно сопровождается лихорадкой, большей частью не высокой — до 38° Ц. Но нередко, на известное время, лихорадка усиливается до 39° — 40° Ц. Иногда лихорадочные периоды сменяются безлихорадочными. Можно думать, что лихорадка, во всяком случае высокая степень ее, представляет вторичное явление, обусловливаемое поступлением в кровь с обнаженной кожи различных бактерий: стафилококков, стрептококков и др. Что касается свежих пузырей, то они всегда оказываются стерильными.

Состав крови изменяется как в количественном отношении: уменьшение количества красных кровяных шариков и гемоглобина, увеличение белых кровяных шариков, так и в качественном отношении: иногда присутствие метгемоглобина и очень часто эозинофилия (до 29%). Кровяное давление в маленьких (пальцевых) артериях при *remphigus foliaceus* повышено; в периоды улучшения процесса оно приходит к норме.¹

Обмен веществ сильно изменен: количество мочевины уменьшено, хлористого натрия также, причем это уменьшение значительно усиливается с увеличением общей слабости, и количество хлористого натрия может доходить до двух граммов в сутки. В последнее время даже высказывается предположение, что сущность болезни состоит в задержке тканями хлористого натрия. Количество мочевой кислоты, наоборот, увеличивается, следовательно ядерный обмен, в противоположность протоплазматическому, увеличен.

¹ Космадис. Цит. выше.

Нередко в течение болезни развиваются осложнения. Со стороны кожи они являются в форме рожи и редко гангрены. Со стороны внутренних органов наичаще в форме пневмонии.

Продолжительность болезни различная. В одних случаях, острых, при быстром распространении болезни и при высокой лихорадке, больной погибает в 6 недель — два — три месяца. Наоборот в других случаях болезнь продолжается годы — до 5 — 7 лет, с продолжительными периодами улучшения, иногда до кажущегося выздоровления. *Pemph. vegetans* считается наиболее злокачественной формой, приводящей к смерти в течение 1 — 2 — 3 месяцев. *Pemph. foliaceus* может тянуться многие годы, с периодами улучшения до кажущегося выздоровления.

Исход обыкновенно смертельный, за исключением *pemph. vulgaris benignus*; наблюдаются лишь единичные излечения *pemph. vegetans*, а также *pemph. foliaceus*. Смерть наступает без всяких видимых осложнений, вероятно, вследствие септицемии, обыкновенно при высокой температуре, или под влиянием осложнений: рожи, гангрены, пневмонии. Общее истощение играет большую роль.

Патологоанатомические изменения кожи состоят в образовании пузырей в эпидермисе, на различной глубине: при *pemph. foliaceus* более поверхностных, между роговым и стекловидным слоем, при *pemph. vulgaris* и *pemph. vegetans* более глубоких. Пузыри образуются простой отслойкой (*declivement*), только при *pemph. vegetans* отмечается предварительное вакуольное изменение клеток. При *pemph. foliaceus*, кроме того, замечается гипертрофия Мальпигиева слоя, в котором много клеток в стадии деления, зернистый слой утолщен, так же как по местам и роговой слой. При постоянной отслойке рогового покрова (нередко набирают за сутки десятки граммов отторгающихся чешуй) кожа, видимо, стремится восполнять убыль. При *pemph. vegetans* разрастание эпидермиса настолько сильное, что получается более или менее значительное возвышение в форме папулы.

Сосочки обыкновенно увеличены и инфильтрированы круглыми клетками. В подсосочковом слое сосуды расширены, нередко стенки их утолщены. Эндотелий сосудов раздутый и выдается в просвет сосудов. По местам небольшая мелкоклеточная инфильтрация. В кожных нервах обнаруживается распад миэлина.

При вскрытии находят: в сердце — жировое перерождение, бурую атрофию, разрастание соединительной ткани; в печени — жировое перерождение, в почках — застойную гиперемию, также паренхиматозный или интерстициальный нефрит, в центральной и периферической нервной системе различные виды перерождения, о чем подробно скажем ниже.

Причины болезни. Предложены следующие теории для объяснения причины болезни:

1) болезнь зависит от нарушенного обмена веществ (Tomasoli и др.). Как указано выше, в моче находят повышенное отношение мочевой кислоты к мочеvine, напр., при *remph. vulgaris malignus* (из варшавской дерматологической клиники) 1 : 11,6 вместо нормального 1 : 40, уменьшенное отношение хлористого натра к мочеvine, а также нередко очень пониженное количество мочеvine, до 5 г в сутки (*hypoazoturia*) и хлористого натра до 2 г. Картамышев объясняет малое количество хлористого натра в моче задержкой его и воды тканями, в чем видит сущность процесса;

2) болезнь зависит от изменений в эндокринных железах, именно гипофункции симпатикотропных желез. В двух случаях из нашей клиники найдено: в щитовидной железе — в одной — коллоидный зоб, в другой — фиброзное перерождение. В надпочечниках — в одном случае венозный застой, в другом фиброзное перерождение; ¹

3) болезнь зависит от изменения крови, в которой особенно резко бросается в глаза эозинофилия, что, в свою очередь, обуславливается измененной функцией костного мозга (Leredde);

4) паразитарная теория. Болезнь вызывается паразитами, которых находят в пузырях и в крови: диплококки, стафилококки, стрептококки, дифтеритовидные бактерии и др. В последнее время Радаэли (Radaeli), Пассини (Passini) и Капели (Capeli) из крови и органов pemfigинозных больных культивировали особую бактерию, которая у животных вызывает образование пузырей. Однако, ряд авторов указывает на стерильность свежих пузырей (тоже во всех наших случаях);

5) болезнь зависит от первоначальных изменений в нервной системе, что устанавливается следующими соображениями и фактами. Что заболевания нервной системы способны вызывать пузырчатые страдания кожи, это блестяще доказывается опоясывающим лишаем, причина которого, как точно установлено, лежит в воспалении межпозвоночных узлов. Но кроме того известно, что пузыри *remphigus* образуются после ранения и заболевания нервных стволов, при органических заболеваниях центральной нервной системы, при общих неврозах (истерии). Есть много наблюдений, указывающих на то, что *remphigus* появляется после сильных влияний на нервную систему, психических (аффекты) и физических (сильное влияние холода). Но особенно в пользу нервной теории говорят патологоанатомические изменения нервной системы. Найдены следующие изменения: ²

¹ П. В. Кожевников. К этиологии *remphigus foliaceus*. Юго-восточный вестник здравоохранения, 1923, № 10 — 11.

² Я основываюсь на 25 опубликованных случаях, из которых один — из дерматологической клиники Варшавского университета, и четыре — из дерматологической клиники Донского университета (Кожевников, цит. выше). Кроме того, я располагаю рядом неопубликованных наблюдений.

В спинном и продолговатом мозгу.

В области центрального канала: закупорка его круглыми клетками, а в окружности его клеточная инфильтрация, воспалительный геморрагический инфильтрат, разрастание нейроглии и образование полости на месте канала.

В сером веществе: образование вакуол и полостей (последнее найдено, между прочим, в нашем случае), атрофия, перерождение, распад ганглиозных клеток, образование перицеллюлярных пространств, увеличенное развитие нейроглии и соединительной ткани, скопление круглых клеток около сосудов, гиалиновые шары.

В белом веществе: атрофия и перерождение нервных волокон, размягчение, увеличение количества клеток нейроглии и увеличенное развитие соединительной ткани, склероз и гиалиновое перерождение сосудов, гиалиновые шары и глыбы — явления хронического миелиита.

Изменения в корешках: перерождение нервных волокон, увеличение соединительной ткани, клеточный инфильтрат.

В межпозвоночных узлах: перерождение до некроза ганглиозных клеток, атрофия нервных волокон, размножение и набухание эндотелия капсул, утолщение и гиалиновое перерождение стенок сосудов.

В симпатических узлах: перерождение ганглиозных клеток и нервных волокон, гиалиновые шары и гиалиновое перерождение сосудов.

В головном мозгу (одно исследование): перерождение нервных клеток и жировое перерождение сосудов.

В периферических нервах: распад миелина, исчезание осевого цилиндра, увеличение ядер Шванновских оболочек, endoarteritis.

Эти патологоанатомические факты, хотя еще недостаточно систематизированные, вместе с данными клиники, заставляют склониться в пользу нервной теории.

Кожное страдание является результатом измененного трофического влияния на кожу со стороны нервной системы, всего вероятнее, межпозвоночных узлов, в которых, есть основание думать, заложены трофические центры кожи. Перерождение ганглиозных клеток узлов ведет к нарушению питания эпидермиса, что и выражается ослаблением связи между слоями его.

Распознавание болезни основывается на том, что pemphigus обнаруживается образованием двух первичных морфологических элементов: пузырьков и пузырей. Их и нужно отыскивать среди разнообразных вторичных изменений: ссадин, чешуй, корок, нередко покрывающих всю поверхность кожи. Точно так же на присутствии пузырьков основывается распознавание и pemphigus vegetans, который дает картину сифилитических папул. Кроме того, для pemphigus характерно

значительное уменьшение мочевины и хлористого натра в моче, а в частности для pemphigus foliaceus характерна неустойчивость рогового покрова.

Следующие страдания могут давать повод к смешению их с pemphigus.

1. *Eczema*. Едва ли ее можно смешать с pemphigus vulgaris, при котором бывают большие пузыри, также и с pemphigus vegetans, при котором находят папулезные возвышения. Но возможно смешение ее с pemphigus foliaceus.

Eczema.

1. Пузырьки всегда очень маленькие, с булавочную головку, недолговечные: покрывка очень скоро разрывается. Появляются на предварительно покрасневшей поверхности. Покрывка напряженная.

2. Красные пятна являются как первичное изменение.

3. Мокнущие участки образуются лишь на местах разорвавшихся пузырьков.

4. Корки компактные, плотно сидящие.

5. Чешуи (при eczema squamosum) — сравнительно небольшие пластинки, в количестве большей частью незначительном.

6. Зуд всегда сильный.

7. Течение наичаще хроническое, но с благоприятным исходом.

8. Распространение на всю поверхность кожи сравнительно редко.

9. Участки, не пораженные сыпью, совершенно нормальные.

Pemphigus foliaceus.

1. Пузырьки обыкновенно несколько большей, а нередко значительно большей величины, могут существовать не разрываясь несколько дней. Появляются среди неизменной по цвету кожи. Покрывка большей частью вялая.

2. Красные пятна являются вторичным изменением на местах, лишенных рогового покрова, вследствие атмосферных и механических влияний на более нежный обнаженный зернистый слой.

3. Мокнущие участки образуются не только на местах разорвавшихся пузырей, но также и на всяком другом месте, вследствие легкого отторжения рогового слоя при трении.

4. Корки слоистые, легко удаляемые.

5. Чешуи — широкие округлые пластинки, слоистые, часто в огромном количестве.

6. Зуд весьма часто незначительный, но сильнее выражены боль и жжение в коже.

7. Течение чаще хроническое, со смертельным исходом.

8. Распространение на всю поверхность кожи является правилом.

9. На участках, не пораженных сыпью, роговой слой слабо связан с зернистым.

2. *Herpes zoster* характеризуется высыпанием пузырьков в 2—3 мм в диаметре, по величине подобных пузырькам pemphigus foliaceus, но они появляются на предварительно покрасневшей поверхности группами и располагаются в определенных нервных областях, притом же herpes zoster имеет непродолжительное течение — несколько недель (1 — 2 — 3 недели).

3. *Herpes labialis* и *genitalis* едва ли могут давать повод к смешению с *remphigus* по своему характерному местоположению, кратковременному течению и вполне благоприятному исходу.

4. *Febris herpetica*, с распространенным высыпанием напряженных пузырьков, может походить на *remphigus vulgaris*. Но почти одинаковая величина всех пузырьков, быстрота высыпания при лихорадке, непродолжительность течения и благоприятный исход говорят против *remphigus*.

5. *Herpes слизистой полости рта и зева (aphthae)* представляется в форме пузырьков, скоро разрывающихся и оставляющих красные эсадины. Когда *remph. foliaceus* начинается в полости рта, то первое время можно смешать его с этим страданием, но *herpes* имеет непродолжительное течение, редко распространяется на кожу. Пузырьки *herpes* представляют воспалительную реакцию. Очень распространенное, сплошное обнажение слизистой рта и зева, приводящее к крайнему затруднению в приеме пищи, всегда должно давать подозрение на *remphigus*.

6. *Erythema exsudativum vesiculosum et bullosum* по своим морфологическим элементам может напоминать *remphigus foliaceus*. Но пузырьки и пузыри эритемы имеют воспалительный характер, сопровождаются разлитой краснотой; покрывка их обыкновенно напряженная. Иногда получающаяся отслойка рогового пласта носит совершенно другой характер: 1) она появляется лишь на местах, пораженных сыпью, тогда как при *remph. foliaceus* она получается при трении на всей поверхности кожи, и 2) роговой слой отделяется вследствие очень обильной серозной экссудации и под ним открывается красная, сильно мокнущая поверхность, тогда как при *remph. foliaceus* отслойка рогового пласта не зависит от экссудации, и, удаляя его трением, мы находим под ним совершенно бледную едва-едва влажную поверхность. Наконец, течение эритемы непродолжительное — несколько недель.

В большей степени *eryth. vesiculosum et bullosum* походят на *remphigus vulgaris*, при котором также высыпают напряженные пузырьки и пузыри, при той или другой степени лихорадки. Сходство является настолько значительным, что один и тот же случай одни авторы называют *eryth. bullosum*, а другие — *remphigus vulgaris acutus*. Нужно сознаться, что в первое время распознавание затруднительно. Но воспалительная реакция в окружности пузырей, благоприятное течение, без заметного изменения в общем состоянии и благоприятный исход склоняют диагноз в пользу эритемы.

При *pityriasis rubra* и *dermatitis exfoliativa universalis* вся кожа красная, с обильным шелушением, но ни образования пузырей, ни характерной отслойки рогового пласта, как при *remph. foliaceus*, не происходит. Смешение возможно разве с *remph. foliaceus* в периоде сухости.

но и то при беглом осмотре; нахождение хотя бы нескольких пузырей и характерная отслойка рогового пласта исключают названные страдания.

Лечение пемфигуса представляет задачу неблагоприятную. Имея в виду атрофические процессы в нервной системе, нужно назначать средства укрепляющие — особенно мышьяк в восходящих больших дозах и повторно, в форме пилюль, капель, подкожных впрыскиваний (см. в главе об экземе). В последнее время некоторые авторы указывают на благоприятное действие вливаний сальварсана, что, однако, оспаривается другими. Имея в виду изменение сосудов и мелкоклеточную инфильтрацию в спинном мозгу, можно давать иодистые препараты. Известное благоприятное значение мышьяка и иода я наблюдал на некоторых больных при *pemph. foliaceus* с продолжительным течением.

Большое значение имеет уход за кожей и наружная терапия. Первой заботой нашей должна быть чистота и дезинфекция кожи. Все пузыри не разорвавшиеся нужно смазывать иодной настойкой для предохранения их от заражения бактериями. При распространенном страдании нужно уделять ежедневно много внимания и много времени, чтобы производить основательную дезинфекцию пузырей и окружности их указанным способом. Но такая забота не остается напрасной: многие пузыри засыхают и рубцуются под своей покрывкой, а те, которые разрываются, дают ссадины чистые, более склонные к заживлению.

Труднее дезинфицировать обнаженные участки, так как смазывание иодной настойкой очень болезненно. Приходится прибегать к мазям; наилучшая с ксероформом, соцоподелом (10% с вазелином) и др. Мазь густо намазывается на стерилизованную ветошь, которую прикладывают ко всем обнаженным местам, покрывают слоем ваты и забинтовывают.

Такая повязка служит и защитой обнаженной коже. В чистом виде содержатся ссадины при перевязке с *argentum nitricum* (1:1000), *argentum colloidalе* (1%).

При поражении полости рта требуются промывания дезинфицирующими растворами (*kali hypermanganicum*, 1:1000) и полоскание успокаивающими средствами (отвар ромашки—столовая ложка на стакан—с прибавлением 5—10 капель *tincturae opii*).

Продолжительные тепловатые ванны оказывают хорошее влияние на самочувствие больного, а также удаляют чешуи, корки, гной с поверхности кожи. Ф. Гебра с успехом держал больных в постоянной проточной ванне в течение месяцев.

Нельзя не отметить особо двух средств, применяемых в последнее время. Освещение лучами Рентгена в слабых дозах ($\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$

дозы) дает очень хороший местный эффект; кожа оздоравливается, правда, временно, а затем на том же месте снова получается высыпание. Другое средство (предложено недавно)—хинин в больших дозах через желудок и в вены (1 г chinini murici в 200 куб. см стерилизованного физиологического раствора поваренной соли) в течение продолжительного времени, несмотря на значительное оглушение. Я наблюдал одну больную, кожа которой совершенно оздоровела при таком лечении. В другом случае, окончившемся летально благодаря пневмонии, все же было видно, что под влиянием хинина высыпание новых пузырей останавливалось, но по прекращении лечения хинином снова возобновлялось.

Пузырчатка новорожденных.

(*Pemphigus neonatorum*.)

Pemphigus neonatorum развивается обыкновенно в первые дни жизни ребенка. Кожа покрывается многочисленными пузырями с прозрачной жидкостью. Покрышки пузырей скоро разрываются, жидкость вытекает, и, таким образом, образуются ссадины, часто прикрытые остатками покрывок.

Общий вид кожи ребенка напоминает кожу обожженную, ошпаренную горячей водой. Поэтому долго держалось предположение, что причиной болезни служит водяная ванна высокой температуры. Но затем выяснилось, что болезнь может распространяться как бы эпидемически в практике одной и той же акушерки, что дало повод предполагать инфекционную причину. Удачные прививки содержимого пузырей и нахождение в пузырях стафилококков окончательно установили инфекционный характер страдания.

Pemphigus neonatorum не сопровождается общими явлениями, протекает в течение нескольких недель и оканчивается выздоровлением.

Впрочем, возможны тяжелые осложнения в виде фурункулов и лимфангоитов.

При лечении нужно обращать внимание на то, чтобы предохранить обожженную кожу от раздражения и заражения, ухаживать успокаивающим образом на раздраженные ссадины и способствовать образованию рогового слоя. Для этого требуются средства защищающие, противовоспалительные, успокаивающие и кератопластические: перевязки с безразличными мазями: с *unguentum Wilsonii*, *linimentum calcarium*; обеззараживающие: *unguentum boricum*, *unguentum xeroformii* 5 — 10%, а места с нагноением, кроме того, присыпаются ксероформом. Через 1 — 2 дня делается тепловатая ванна.

Врожденная пузырчатка.

(*Epidermolysis bullosa hereditaria*.)

Названное страдание выражается образованием пузырей на коже и слизистой рта после незначительных механических раздражений. На всей коже этих больных, по заявлению многих авторов, наблюдается описанный мною при *remphigus foliaceus* признак легкой отслойки рогового покрова при трении. Болезнь начинается в самом раннем детстве, но особенно резко выражается, когда ребенок начинает ползать и ходить. На ладонях и подошвах, подвергающихся трению, а также и на местах трения кожи бельем и проч., появляются пузыри, с горошину и более, с прозрачным, водянистым содержимым, то засыхающим в корку, то изливающимся наружу при разрыве покрывки. По прошествии 5—7 дней пораженные места заживают. После многократных высыпаний пузырей на одном и том же месте и при долгом существовании гноящихся ссадин пораженные участки заживают с образованием поверхностных рубцов, что ведет иногда к искривлению пальцев. Иногда на рубцевидных поверхностях образуются милиарные кисты в виде беловатых папулок с булавочную головку. К описанной чистой пузырчатой форме присоединяются нередко дистрофические явления—*epidermolysis bullosa hereditaria dystrophica*,—состоящие в атрофии кожи на отдельных участках (красноватые пятна с истонченной кожей, которая легко образует складочки и через которую просвечивают расширенные капилляры) и в атрофии ногтей (ногти делаются тусклыми, исчерченными и выпадают).

Положение описываемых больных является крайне тяжелым. Если они долго сидят, образуются пузыри на ягодицах, занимаются ручной работой—пузыри на ладонях, ходят—пузыри на подошвах, пишут—пузыри на пальцах. Взрослые бывают лишены возможности заниматься каким бы то ни было ручным трудом. Из других кожных изменений отмечается у всех больных повышенное потоотделение. Из общих явлений отмечается малокровие, общая слабость, иногда рахитические явления.

Течение болезни очень продолжительное, часто всю жизнь больного.

Патологоанатомические изменения состоят в образовании пузырей в толще эпидермиса или на границе его с собственно кожей. Эластическая ткань в верхних слоях кожи уменьшается и исчезает.

Причины болезни. Описываемое страдание является наследственным и даже в нескольких поколениях. Так, в одной семье из 63 членов в 5 поколениях насчитывается 31 больной (Bonuinti), в другой семье из 47 членов в 3 поколениях было 27 больных (Colombini).

Сущность страдания состоит в неустойчивости надкожицы только к механическим влияниям, тогда как химические влияния (смазыва-

ние подной пастойкой) и тепловые (нагревание) не вызывают пузырей. Эта неустойчивость распространяется в той или другой степени на всю поверхность кожи и обнаруживается вскоре после рождения. Очевидно, что начало явления относится ко внутриутробной жизни, к неправильному развитию кожи. Отсутствие эластической ткани в верхних слоях кожи может до некоторой степени объяснить отслойку на границе надкожицы и собственно кожи, так как эластические волокна вплетаются в основную перепонку (*membrana basilaris*). Но в тех случаях, где отслойка происходит в самой толще Мальпигиева слоя, это объяснение было бы понятно лишь при том условии, если справедливо мнение некоторых авторов, что эластические волокна входят в самый эпителиальный покров. Нельзя не сделать предположения о неправильном строении межклеточных мостиков надкожицы, неустойчивость которых может также обуславливать отслойку эпителиального покрова. Учитывая, кроме сказанного, атрофические явления в коже и ногтях, можно отнести страдание к трофическим расстройствам кожи, быть может, под влиянием слабости трофических центров ее (трофоневроз).

Лечение болезни вообще считается безнадежным; однако основы его довольно ясны. Лечение должно быть общеукрепляющим и в частности укрепляющим кожу. С этой целью нужно советовать усиленное питание, чистый воздух, мышьяк и железо, а из наружных укрепляющих средств можно употреблять все входящие в названную группу, кроме массажа и растираний, следовательно, тепловое лечение (ванны водные, суховоздушные, паровые), вызывающее прилив крови к коже, и электричество (гальванический ток в форме ванн, фарадический в той же форме или общая фарадизация катушкой), возбуждающее нервы, сосуды, мышцы и эпителий кожи.

Уход за пузырями и ссадинами состоит в применении успокаивающих, кератопластических, защищающих и обеззараживающих средств, каковыми являются перевязки с *unguentum Wilsonii*, *linimentum calcarium*, *unguentum boricum*, *unguentum xeroformii* 5—10% и др.

Описан случай излечения внутривенными вливаниями неосальварсана.

Пузырьково-гнойничковая сыпь Гебры.

(*Impetigo herpetiformis* Hebrae.)

Болезнь эта, описанная Ф. Геброй в 1872 г., как показывает название, напоминает *herpes* и *impetigo* (пузырьки и корки). Обыкновенно она развивается при беременности, в конце ее и в послеродовом периоде, хотя может быть и у мужчин. Болезнь выражается

образованием на красном основании группами пустул, величиною от просяного зерна до булавочной головки, вскоре засыхающих в желтоватые корки, по отделении которых открывается ссадненная (но не изъязвленная) поверхность, как при *impetigo* и *eczema madidans*. Пустулы могут сливаться и тогда образуют сплошную корку. Процесс склонен распространяться по периферии, и тогда около начальной корки образуется кольцо новых пустул, за которым может следовать новое такое же кольцевидное высыпание пустул, что напоминает *herpes circinatus*. Ногти часто выпадают и их ложе представляет мокнущую поверхность. В паховых сгибах, в подмышечных впадинах на мокнущих местах могут быть разрастания, напоминающие сифилитические папулы и *periphigus vegetans*.

Началом страдания наичаще бывает бедренный треугольник, живот, грудные железы, подмышечные впадины, но затем болезнь может распространиться по всей поверхности кожи. Субъективные ощущения различны: ссадненные участки болезненны; зуд то бывает очень сильным, то отсутствует.

На слизистой рта часто бывают болезненные ссадины, покрытые сероватым налетом и затрудняющие жевание. Такое же поражение иногда наблюдается во влагалище и во входе во влагалище. В случае Капозии было изъязвление пищевода.

Течение болезни. Высыпанию предшествует лихорадка, сопровождающая дальнейшее течение сыпи и ожесточающаяся (до 41°С) при новых высыпаниях. Повышения температуры нередко сопровождаются потрясающими знобами и проливными потами. В то же время у больных появляются тошнота, рвота, истощающие поносы; пульс делается малым и неправильным; появляются судороги, кома и по прошествии нескольких недель смерть. В других случаях болезнь затягивается на несколько месяцев и также оканчивается смертью. Вообще смертельный исход наблюдается в пропорции 3:4; наконец, в некоторых случаях наступает выздоровление, причем болезнь может повторяться при следующей беременности. Во время болезни беременность обыкновенно прерывается. Если ребенок и родится живым в срок, он всё же вскоре умирает. После родов болезнь улучшается временно или приходит к выздоровлению.

Патологическая анатомия. В поверхностных слоях *cutis*, особенно в окружности желез, мелкоклеточная инфильтрация. В Мальпигиевом слое пузырьки, содержащие гнойные шарики.

Причина болезни не выяснена. Беременность является лишь сильной предрасполагающей причиной, так как болезнь иногда наблюдается и без беременности. Одни авторы считают страдание нервным; другие, в виду явлений септицемии (лихорадки, зноба и проч.), считают ее инфекционной.

Распознавание. *Dermatitis herpetiformis* (Dühring) отличается от *impetigo herpetiformis* полиморфизмом (пузырьки, пустулы, папулы, пятна), сильным зудом, отсутствием лихорадки и общего расстройства (явлений тяжелой инфекции), отсутствием любимых мест в суставных складках. При *pemphigus vegetans* пузыри большие.

Лечение. Местно употребляют средства дезинфицирующие: присыпка с *acidum salicylicum* 1:100, обмывание раствором борной кислоты и пр. Внутрь дают хинин, спермин. Некоторые авторы советуют искусственное прерывание беременности, другие не видят в этом значения, так как нельзя ручаться, что после этого болезнь пройдет.

Герпетиформный дерматит Дюринга.

(*Dermatitis herpetiformis* Dühring.)

Страдание отличается полиморфизмом — высыпанием пятен, пузырьков, пузырей, гнойничков, волдырей, сильным зудом и жжением, хроническим течением и склонностью к возвратам. Сыпь располагается большей частью симметрично. Любит конечности, особенно верхние, но может распространяться и на все другие части тела. Иногда поражает слизистые оболочки.

Течение болезни. Страдание начинается незначительным общим недомоганием и на 2—3 день болезни появляется сыпь в виде слегка возвышающихся красных пятен (напоминающих волдыри крапивницы), на которых затем высыпают пузырьки, пузыри, гнойнички. Высыпание сопровождается жжением и сильным зудом, что ведет к расчесам и разрыву пузырьков, пузырей и гнойничков, содержимое которых засыхает в желтоватые или чернобурые, от примеси крови, корки. Болезнь может продолжаться долгое время, а после излечения может возвращаться. Исход в конце концов всегда благоприятный.

Патологическая анатомия. В соium воспалительный процесс с многоядерными лейкоцитами и большим количеством эозинофилов. В эпидермисе под роговым слоем — пузыри.

Причина болезни точно неизвестна. Болезнь наблюдают у нервных людей: истеричек, неврастеников.

Распознавание. Болезнь похожа на *erythema exsudativum bullosum*, *impetigo herpetiformis* Hebrae, на *pemphigus*. Но *eryth. exsudativum* представляет страдание более острое, а *dermatitis herpetiformis* — хроническое. *Impetigo herpetiformis* наблюдается большей частью у беременных, отличается правильным кольцевидным высыпанием пузырьков и пустул, высокой температурой, тяжелым течением и, в большинстве случаев, смертельным исходом. При *pemphigus* сыпь мономорфная — пузыри, а при *dermat. herpetiformis* высыпание пузырей сменяется высыпанием пузырьков и пустул.

Предсказание благоприятное. Смертные случаи очень редки.

Лечение. Наилучшим средством считается мышьяк в восходящих дозах и продолжительное время. При сильном зуде дают *calcium chloratum* (4,0 на 200 воды, по 3—5 столовых ложек в день). Наружное лечение состоит в индифферентных присыпках (*amylum triticum* + *zincum oxydatum aa*), перевязках с индифферентными мазями (*ung. boricum*) и индифферентных ваннах (28° R).

Крапивница.

(*Urticaria*.)

Именем крапивницы называют страдание кожи, характеризующееся образованием внезапно высыпаящих и быстро исчезающих, сильно зудящих, плоских, бледно-розовых папул (волдырей, *urtica*), подобных ожогу крапивой.

Величина волдырей в поперечнике $\frac{1}{2}$ —1—2 см. Высота 1—2 мм. Цвет их розовый или бледный в центре и розовый на периферии. или иногда белый, подобно фарфору.

Бледность зависит от последовательного сдавления сосудов значительным количеством вышедшей из сосудов серозной жидкости, находящейся под большим давлением.

Форма волдырей округлая, но слияние отдельных элементов может давать самые разнообразные очертания в форме зигзагообразных линий (*urticaria linearis, figurata*), полуколец, колец (*urticaria annularis*) и проч. Течение каждого волдыря очень кратковременное: несколько минут, $\frac{1}{2}$ —1—2 часа. По исчезновении его не остается никакого изменения в коже.

Образование описанных характерных волдырей идет таким образом: сначала является красное пятно, зависящее от расширения сосудов, которое вскоре делается возвышенным вследствие отека. Однако, на многих местах дело не доходит до отека, и потому одновременно с характерными волдырями можно видеть красные невозвышенные пятна (*urticaria maculosa*), которые, сливаясь, могут также давать различные очертания. Отек может обнаруживаться не только образованием папул, но и сплошным припуханием целых участков кожи с рыхлой подкожной клетчаткой, как, напр., отек век, ушных раковин, крайней плоти.

Таким образом, у одного и того же больного нередко мы можем видеть на разных местах характерные волдыри, отдельные красные пятна, сплошную красноту и сплошную отечность, что зависит от неравномерного соотношения между расширением сосудов и отеком. Но для всех этих изменений характерно внезапное начало, сильный зуд и жжение и быстрое исчезание без следа.

В редких случаях волдыри крапивницы достигают больших размеров в ширину (до 10 см в диаметре) и в выпину, представляя тогда большие узлы (гигантская крапивница). Иногда к расширению и отёку присоединяется разрыв сосудов, причем в центре или по периферии волдыря появляются мелкие кровоизлияния (*urticaria haemorrhagica*), которые остаются на долгое время по исчезновении волдыря, постепенно изменяя свой цвет по общему закону. Иногда на поверхности волдырей развиваются пузыри — *urticaria bullosa*; очевидно, при этом отёк не ограничивается сосочковым слоем, но особенно сосредоточивается в эпидермисе.

Описанные изменения не имеют каких-либо излюбленных мест. Они появляются на лице, туловище, конечностях. Можно лишь сказать, что участки кожи, наиболее подвергающиеся внешним раздражениям, — трению и влиянию холода и тепла, каковы: кожа шеи, область пояса, лицо и кисти — поражаются чаще. Кроме кожи, крапивница может поражать и слизистые оболочки рта, зева и гортани в форме красных пятен или разлитой красноты и отека. В редких случаях отек надгортанника и гортани может вести к явлениям задыхания.

Есть основание думать, что и внутренние органы, пищеварительные и дыхательные, могут поражаться тем же процессом одновременно с кожей. Так, при сыпи на коже у больного вдруг является сильный кашель, продолжающийся с полчаса, причем выделяется водянистая мокрота, и затем кашель так же быстро, как и начался, прекращается. В других случаях внезапно является понос, также быстро проходящий. Можно предполагать, что причиной этих явлений, как и в коже, служат гиперемия и отёк ткани. Распространение сосудистых изменений на другие органы, помимо кожи, особенно доказательно в случаях крапивницы, осложненной быстро наступающей и скоро проходящей водянкой различных суставов (*hydrops articulorum intermittens*).

Течение болезни может быть острым и хроническим.

Острая крапивница в одних случаях сопровождается небольшой лихорадкой, и тогда ей предшествует общее недомогание, головная боль, желудочно-кишечные расстройства в течение 2—3 дней. В других случаях она протекает без лихорадки и появляется без предвестников.

Первое, что обращает внимание больного при начале страдания, это внезапно наступающий сильный зуд в некоторых местах кожи. Удовлетворяя нестерпимому ощущению зуда чесанием, он замечает, что зудящие участки кожи неровны, покрыты возвышениями. По прошествии $\frac{1}{2}$ —1—2 часов, а иногда и нескольких минут зуд проходит, и кожа делается гладкой. Такие приступы обыкновенно

появляются раз в день, чаще вечером, или через день, напоминая малярию, но иногда могут повторяться несколько раз в течение дня.

Болезнь продолжается 1—2—3 недели и проходит бесследно, но нередко через более или менее продолжительный срок времени появляются возвраты.

Хроническая крапивница, встречающаяся сравнительно реже острой, может являться в двух видах:

1) со всеми явлениями, характеризующими острую форму, но с тем отличием, что приступы зуда и высыпания продолжаются месяцы и даже годы непрерывно или с более или менее короткими светлыми промежутками. Иногда они являются строго периодически, напр., через день, причем невольно является предположение о малярии, что часто и оправдывается благоприятным действием хинина;

2) второй вид хронической крапивницы отличается от предыдущей и острой формы известною стойкостью морфологических элементов. Папулы, образовавшись в форме типических волдырей крапивницы, не исчезают в течение $1\frac{1}{2}$ —2 часов, но делаются стойкими и держатся несколько дней или даже несколько недель, приобретая красновато-желтоватый цвет и плотность. Эта форма носит название *urticaria perstans papulosa*. В редких случаях в центре папулы появляется черное пятно—омертвление (*urticaria chronica gangraenosa*); такие папулы оставляют рубцы. Те случаи, в которых по исчезновении папулы остается на долгое время пигментация, носят название *urticaria chronica cum pigmentatione*. Развивающаяся большею частью на первом году жизни и продолжающаяся несколько лет крапивница, с большим количеством тучных клеток, носит название *urticaria pigmentosa*.

Под названием *strophulus* разумеют высыпание на скоро проходящих пятнах крапивницы красноватых узелков, величиною до чечевицы, увенчанных на верхушках мельчайшими пузырьками или корочками, сильно зудящих. Каждый узелок существует 4—10 дней. Но в это время появляются новые узелки, так что высыпание может затягиваться на несколько месяцев и, кроме того, очень склонно к рецидивам.

Urticaria factitia. У некоторых лиц можно вызвать на коже, при легком механическом раздражении, искусственную крапивницу, которая представляет высшее выражение красного дермографизма, когда к продолжительному расширению сосудов присоединяется выходение из них жидких составных частей крови, ведущее к отёку. Покрасневший участок делается возвышенным (1—2 и до 6 мм), получается типический бледно-розовый волдырь крапивницы.

Искусственная крапивница может держаться несколько часов и даже до двух суток. Особенно легко вызывается описываемое явле-

ние у лиц, страдающих настоящей крапивницей. Несомненно, что многие волдыри появляются у них не самостоятельно, а вследствие раздражения кожи при чесании.

Анатомические изменения при крапивнице состоят в расширении сосудов и отёке, главным образом сосочкового слоя. Отёчная жидкость может быть под таким сильным давлением, что сдавливает мелкие артерии и волосные сосуды, производя малокровие и обуславливая совершенно белый, фарфоровидный цвет волдырей. В более редких случаях значительный отёк появляется и в эпидермисе и ведет к образованию пузыря (*urticaria bullosa*). При *urtic. perstans papulosa* и *pigmentosa* к расширению сосудов и отёку присоединяется инфильтрат, состоящий, при *urt. pigmentosa*, главным образом, из тучных клеток (*Mastzellen*), которые в таком значительном количестве не встречаются ни при каком другом кожном страдании. Образование их (из клеток соединительной ткани или из лейкоцитов) объясняют значительным количеством питательного материала, приносимого к данному участку кожи отёчною жидкостью. Кроме того, при *urticaria pigmentosa* заметно большое количество пигментных зерен в нижних рядах эпителия, а также в сосочковом и подсосочковом слоях, лежащих свободно и в клетках. Источником пигмента при этом считают красящее вещество крови. При *strophulus*, кроме отёка, существует мелкоклеточная инфильтрация.

Распознавание болезни основывается, главным образом, на внезапном появлении быстро проходящих, сильно зудящих бледно-розовых папул — волдырей, подобных ожогу крапивой. В большинстве случаев этот симптом так характерен, что позволяет даже ставить распознавание по рассказу больного, при отсутствии сыпи. Наличие возвышенного красного дермографизма подтверждает диагноз. Труднее распознавание при *urticaria perstans*, так как при этой форме характерных свежих высыпаний сравнительно мало или даже совсем не замечается в данный момент.

Плотные и более стойкие папулы хронической крапивницы могут подавать мысль об *эритеме*, но уже самая продолжительность болезни (месяцы и годы) говорит против эритемы; кроме того, эти плотные папулы при своем начале имеют свойство обычных волдырей крапивницы, наличие которых и здесь составляет главный отличительный признак, и наконец, при трении развивается отёк папул. Отличие от *prurigo*, а равно и тесное соотношение обоих страданий будет изложено при описании названной болезни. От *lichen ruber planus* волдыри крапивницы отличаются своей большей величиною, отсутствием блеска поверхности, характерным для последнего страдания.

Причины болезни. Быстро наступающая, а также быстро проходящая краснота легко объясняется игрой сосудов, или, точнее,

сосудодвигательных нервов (и центров). Но для объяснения отека нужно допустить не только расширение сосудов, но и увеличенную порозность стенок их. Известные химические вещества являются абсолютными раздражителями указанных нервов у всех людей. Таково химическое вещество (муравьиная кислота), содержащееся в колючках растений крапивы. Повидимому, у всех лиц удары крапивой по коже вызывают волдыри крапивницы. Но множество других причин — химических, физических и психических, — действующих снаружи или внутри, имеющих, нужно думать, значительно меньшее влияние на сосуды, вызывают крапивницу лишь у некоторых, предрасположенных лиц. Очевидно, что у этих последних сосудорасширители более возбудимы, на что ясно указывает наблюдаемый при крапивнице красный дермографизм. Достаточно провести шпатель по коже, чтобы вызвать красную возвышенную полосу.

Итак, для развития крапивницы требуются два условия: повышенная возбудимость сосудорасширителей и наличие раздражителя. Повышенная возбудимость сосудорасширяющих нервов и центров, так же как и других отделов нервной системы, может быть врожденной и приобретенной при различных вредных влияниях на нервную систему, физических и нравственных, равно и при общих нервных расстройствах, каковы истерия и неврастения.

Что касается раздражителей, вызывающих на подготовленной почве крапивницу, то число их очень значительно. На первом плане стоят некоторые пищевые вещества: земляника, раки, устрицы и др. Достаточно больному съесть небольшое количество земляники, раков и у него является крапивница (*urticaria ab ingestis*). В эту же группу нужно отнести некоторые лечебные средства, каковы: хинин, салициловая кислота, копайский бальзам, прием которых вызывает у некоторых лиц крапивницу (*urticaria medicamentosa*).

Затем идут химические вещества, вырабатываемые самим организмом: наичаще это — продукты пищеварения (самоотравление). Мы имеем право заподозрить эту причину при наличии запоров, т. е., задержки вредных продуктов пищеварения. Но она не исключается и при нормальном опорожнении кишечника. На самоотравление из кишечника указывает повышенное количество индикана в моче (по данным нашей клиники¹ во всех случаях), но особенно нередко наблюдаемое быстрое излечение крапивницы при помощи послабляющих и дезинфицирующих кишечник средств. Кроме того, иногда крапивница наблюдается при желтухе, уремии, диабете, а также при недочетах в деятельности половых органов. Далее идут вещества, вырабатываемые инфекционными началами. Особенно часто крапивница наблюдается при болотной лихорадке, являясь нередко

¹ Глухенький. Цит. выше.

единственным внешним выражением инфекционного страдания. На эту связь крапивницы с болотной лихорадкой указывают перемежающиеся приступы крапивницы, высыпавшей в определенный час дня, а также благоприятное действие больших доз хинина (за 6 часов до приступа крапивницы). Кроме всех указанных химических веществ, крапивница может вызываться различными влияниями на центральную и периферическую нервную систему. Так, болезнь наблюдается при травме, под влиянием душевных аффектов, при введении бужей в мочеиспускательный канал, под влиянием охлаждения кожи (больной не может умыться холодной водой без того, чтобы не получить крапивницы), при действии солнечных лучей (есть лица, которые могут выходить только по вечерам) и др.

Лечение болезни. Как видно из вышесказанного, крапивница обуславливается повышенной возбудимостью сосудораспирающих нервов и центров и наличием известных раздражителей. Поэтому для лечения показаны следующие средства:

Послабляющие: *oleum ricini* 1—2 столовые ложки и др. Нередко один прием слабительного освобождает больного от мучительного страдания.

Обеззараживающие: при крапивнице, связанной с *malaria*, хинин 0,6 за 6 часов до приступа зуда. Обеззараживающие кишечник: *salol* 0,3—0,6 по три раза в день; *bismutum salicylicum* 0,3 три раза в день, *benzo-naphtholum* 0,3 три раза в день и др.

Регулирующие обмен веществ: при диабете, кроме соответствующей диеты, щелочные минеральные воды; в климактерическом периоде *ovarinum in tabletis* по 0,2—0,3 два—три раза в день, или *ovarinum pro injectione in ampulis* для подкожных впрыскиваний, по одной ампуле ежедневно или через день.

Успокаивающие: *natrium bromatum*, *chininum bromatum*; для успокоения зуда также фарадизация слабым током, а лучше «фарадической» рукой, причем один большой электрод ставится на грудь, а другой берется врачом в руку, тогда как другой рукой, смоченной в воде, он водит по коже больного в течение 10—15 минут; с тою же целью употребляется статический душ в течение 10—15 минут.

Сосудосуживающие средства: *ergotinum Bonjeani*, *secale cornutum*, также *adrenalinum*.

Rp. Solut. aquosi 0,4% adrenalini 15,0. D. S. Для подкожных впрыскиваний, по 1 куб. см в сутки или внутрь по 10 капель 3 раза в день.

Защищающие. Большое значение имеет предохранение кожи от всякого раздражения и в том числе от расчесов, которые сами по себе вызывают новые высыпания волдырей. В наблюдениях Жаке конечность, пораженная крапивницей, будучи герметически забинтована,

скоро освобождалась от зуда и от сыпи. Поэтому бинтование конечностей, особенно у детей, может иметь значение.

Зудоуспокаивающие средства не дают сколько-нибудь надежных результатов; можно с этой целью советовать смачивание кожи одеколоном пополам с водой, с последовательным припудриванием крахмалом, что дает небольшое охлаждение, ведущее к временному успокоению зуда. Большие надежды можно возлагать в этом отношении на вышеуказанные физиологические деятели: статический и фарадический ток.

В упорных случаях хронической крапивницы показано, между прочим, климатическое лечение, которое вообще должно быть успокаивающим и в то же время ограничивающим приливы крови к коже. Поэтому нужно останавливаться не на возбуждающем степном и горном климате, а на успокаивающем морском. Кроме того, на берегу моря высокое атмосферное давление противодействует расширению сосудов, в противоположность уменьшенному давлению на горах. Однако, и морской берег оказывает успокаивающее влияние на нервную систему и кожу лишь в том случае, если он защищен от сильных ветров. Кроме того, надо избегать жаркого и холодного климата. Вообще для таких больных можно указать южный берег Крыма, но только не в жаркие летние месяцы. К купанью в открытом море нужно относиться с осторожностью, но подогретые морские ванны вполне показаны.

Наконец, при наличии болезни внутренних органов: печени, половых и проч., необходимо обращать на них должное внимание.

Острый ограниченный отёк кожи.

(*Oedema cutis acutum circumscriptum.*)

Острый ограниченный отёк кожи описан Квинке (Quincke) в 1882 году. Страдание выражается отёчным уплотнением собственно кожи и подкожной клетчатки на протяжении 2—10 см и более. Пораженный участок отчасти напоминает волдырь крапивницы, но только большой и глубоко распространяющийся (гигантская крапивница). Цвет отёчных участков такой же, как соседней нормальной кожи, или более бледный, или иногда слабо красноватый. Поверхность напряженная. На-ощупь пораженное место плотное; переход в соседние здоровые участки не резкий. Ненормальные ощущения состоят в ощущении напряжения и редко в чувстве зуда. Страдание чаще бывает на конечностях, но бывает также на туловище и лице. На лице чаще поражаются губы и веки. Наблюдается также на слизистой рта, гортани, бронхов, кишечного канала. Смотря по месту, получаются различные расстройства, как-то: затруднение в приеме пищи, явления задушения,

астма, понос. Наконец, отёк может быть в суставах, и в редких случаях наблюдается отёк мозга, легких и глазничной клетчатки; в последнем случае происходит выпячивание глаза (exophthalmus).

В течении болезни характерна быстрота появления и быстрота исчезновения отёка. Отёк появляется в одном месте или одновременно в нескольких местах. Просуществовав несколько часов или несколько дней, он проходит, но появляется на других участках. Все течение занимает одну или несколько недель, но болезнь склонна снова появляться после более или менее продолжительного светлого промежутка. Общее состояние здоровья почти не затрагивается, если не считать в редких случаях наблюдаемую лихорадку. Иногда наблюдается кровотечение из слизистой десен, бронхов, кишечника и мочевого пузыря.

Патологоанатомические изменения состоят в отёке не только поверхностных, но и глубоких частей кожи, а также подкожной клетчатки.

Причины болезни те же, что и при крапивнице.

При распознавании болезни нужно иметь в виду ее сходство с крапивницей. Отличием служит то, что при остром отёке цвет пораженных участков мало чем отличается от цвета здоровых участков, отёк более глубокий и зуд отодвигается на задний план.

Лечение то же, что при крапивнице.

Острый ограниченный болезненный отёк кожи.

(Oedema cutis acutum circumscriptum dolorosum.
Erythromelalgia.)

В противоположность только что описанному безболезненному отёку, erythromelalgia характеризуется отёчным уплотнением, сопровождающимся сильными болями, а также окраской кожи в розово-фиолетовый цвет, повышением местной температуры и нередко пульсацией артерий, заметной для самих больных.

Болезнь поражает наичаще пальцы рук и ног, кисти и стопы. Начинается внезапно приступом жгучей пульсирующей боли, затем кожа отекает и краснеет, местная температура повышается. Краснота бывает различных оттенков: то более яркая, светлая, то более темная (смотря по тому, расширены ли более артерии или вены), также в одних случаях краснота крапчатая (когда сильно расширены маленькие артериальные сети), в других мраморовидная (когда расширены вены). Нередко можно ощупать биение пульса в маленьких артериях. Поэтому и боль имеет характер пульсирующий. Пораженные участки обнаруживают повышенную чувствительность, так что малейшее прикосновение вызывает резкое усиление боли. Боль стоп усиливается также при стоянии, ходьбе, опускании ног. Нередко на пораженных

участках наблюдается сильное потоотделение. Приступы в описанной форме продолжаются несколько часов, сутки и проходят, но обыкновенно повторяются многократно, через более или менее продолжительный срок времени. В одних случаях приступы повторяются ежедневно, даже в течение нескольких лет, в других случаях каждое лето. Болезнь безлихорадочная. Но одновременно наблюдаются различные явления (изменение чувствительности, мигрень, атаксия), относящиеся к функциональным и органическим страданиям нервной системы, и явления токсемии (подагра).

Я наблюдал больную, у которой на правом бедре и голени постоянно появляются отёчные красные пятна, с пол-ладони величиной, вызывающие сильное жжение и боль при давлении. Пятна держатся 3—6 дней и проходят с тем, чтобы вскоре снова появиться на пораженной конечности. Резкий белый дермографизм, тогда как на здоровой конечности нарек на белый дермографизм, а на груди рефлексы красные. Больная страдает желчными камнями (вышло до 30) и подагрой (боль большого пальца ноги, боль и хруст в коленных суставах).

Причины болезни. Как видно из клинической картины, здесь затрогиваются чувствительные, сосудодвигательные и секреторные нервы. Предполагают изменения в задних и боковых рогах серого вещества спинного мозга. В некоторых случаях несомненна связь с спинной сухоткой. Однако допускается и чисто функциональное расстройство центральной нервной системы. Кроме того, в некоторых случаях имеем дело с поражением периферических нервов.

Вызывающей причиной болезни служат: влияние холода, напряженная физическая работа, тяжелые инфекционные болезни, нарушенный обмен веществ. Но во всяком случае нужно допустить невропатическое предрасположение, которое может быть наследственным.

Болезнь может продолжаться месяцы и годы.

Лечение болезни. Так как причины болезни разнообразны, то, естественно, и лечение ее не может быть уложено в одну какую-либо схему. Нужно лечить основное страдание: сирингомиелию, истерию, нейрастению, подагру и др. Во время самых приступов нужно пользоваться болеуспокаивающими средствами, каковы аспирин (по 0,3 три раза в день), морфий, кодеин, пантопон.

Rp. Solut. aquos. 1%, morphii muriatici 50.0. D. S. Для подкожных впрыскиваний по 1 куб. см 1—2 раза в день.

Rp. Codeini 0,01, sacchari albi 0,2. M. D. t. dos. in. oblati. № 10. S. По 1 порошку 3 раза в день.

Из физических болеуспокаивающих средств в одних случаях помогает холод (холодные примочки), в других тепло (теплые ванны). Иногда оказывает влияние гальванизация. Требуется полный покой для пораженных участков.

Нервный панариций.

(Panaris nerveux.)

Под этим названием Кинко (Quinquaud) описал поражение пальцев, напоминающее склеродактилию, местную асфиксию и эритромелалгию. Страдание состоит в припухании, покраснении с пульсацией артерий пальцев и в жестоких болях, как при панариции. Приступы продолжаются 1—2 недели. После этого в коже образуются трещины, эпидермис сходит, ноготь желтеет, атрофируется или совсем выпадает. Кожа пальца оказывается спаянной с костью, которая атрофируется.

Страдание наблюдается у ревматиков и при *malaria*.

Для лечения предлагается прижигание Пакеленом по ходу нерва, раздражающие втирания в шейную часть позвоночника и успокаивающие внутрь (валериана и др.).

Отёк кожи при истерии.

(Oedema cutis hystericum.)

Отёком поражаются чаще верхние конечности, обыкновенно одной какой-либо стороны, реже нижние конечности. Еще реже наблюдается отёк целой половины тела — гемиплегический истерический отёк. Наконец, в крайне редких случаях поражается отёком вся кожа, *anasarca hystERICA*.

Истерический отёк отличается от отёков, зависящих от страдания сердца и почек, двумя признаками: он настолько твердый, что давление пальцем не оставляет ямки и увеличивается к утру, а не к вечеру, как это свойственно отёкам сердечным и почечным.

Цвет отёчных частей различный: беловато-матовый (*oedème blanc*), фиолетовый и темно-синий (*oedème bleu*). Местная температура их понижена.

Истерическому отёку обыкновенно сопутствует ряд признаков истерии: контрактуры, параличи, анестезии. Но иногда он может быть единственным проявлением истерии.

Течение болезни хроническое. Характерно часто наблюдаемое самопроизвольное исчезновение отека.

Лечение должно быть направлено на истерию. Между прочим, болезнь поддается лечению внушением.

Отёки при невралгиях, при воспалении вследствие травмы или интоксикации периферических нервов, в зависимости от месячных и в климактерическом периоде имеют разнообразное течение и требуют направления лечения на основное страдание.

Почесуха.

(Prurigo.)

Под именем *prurigo* разумеют хроническую болезнь кожи, в огромном большинстве случаев начинающуюся с раннего детства, занимающую по преимуществу разгибательные поверхности конечностей и характеризующуюся образованием маленьких, сильно зудящих, папулок и рядом последовательных изменений кожи: пигментацией, утолщением и остробевидным шелушением ее, равно как и безболезненным, более или менее значительным припуханием соответствующих лимфатических желез.

Болезнь начинается в раннем детстве, обыкновенно на втором году жизни и очень редко в юношеском и в зрелом возрасте.

Появлению *prurigo* обыкновенно предшествуют высыпания крапивницы в течение более или менее долгого периода времени. Очевидно, эти два страдания стоят в тесной связи между собой. Переход одной болезни в другую происходит таким образом: папулы крапивницы делаются более стойкими и начинают сосредоточиваться на разгибательных поверхностях конечностей. В то же время изменяется сосудистая реакция кожи: сосудорасширители перестают действовать и получается белый дермографизм.

Морфологическим элементом *prurigo* служит небольшая папула, едва выдающаяся над поверхностью кожи, бледно-красного цвета или совершенно сходного с окружающей нормальной кожей. В последнем случае ее можно отличить скорее осязанием, чем зрением. Существенное свойство папулы состоит в том, что она вызывает очень сильный зуд, который в такой степени почти не встречается ни при какой другой болезни. Результатом зуда, ведущего к расчесам, является довольно характерная темно-красная кровяная корочка, плотно сидящая в центральной части папулы.

Крайняя интенсивность зуда невольно заставляет многих авторов (Cazenave, Elliot, Besnier и др.) придавать ему самостоятельное значение и даже смотреть на папулы не как на источник зуда, а как на результат его или, по крайней мере, считать этот субъективный симптом за самостоятельное явление, совпадающее с образованием папул.

Зуд особенно беспокоит больного ночью, лишает его сна и может причинять такое мучение больному, что иной раз доводит его до мысли о самоубийстве. Измученный в течение многих годов зудом, который постоянно вмешивается во всю психическую жизнь его и лишает организм необходимого отдыха, больной представляет собою человека глубоко потрясенного и тяжело страдающего.

Любимое место папул составляют разгибательные поверхности голей, далее следуют разгибательные поверхности предплечий, за ними разгибательные поверхности бедер и ягодицы, и наконец, разгибательные же поверхности плеч. Интенсивность высыпания на конечностях уменьшается снизу вверх. Однако, этому общему правилу не вполне следует кожа тыльной поверхности кистей и стоп, которая поражается в сравнительно незначительной степени.

Сгибательные поверхности конечностей поражаются в малой степени, а кожа сгибов (локтевых и бедренных сгибов, подколенных и подмышечных впадин) почти всегда остается нормальной. В сравнительно небольшом количестве папулки высыпают на туловище — животе и спине и сравнительно редко и в скудном количестве на лице.

Вторичные сплошные изменения пораженных участков обуславливаются постоянными, в течение годов производимыми расчесами и представляют довольно характерные признаки, позволяющие распознавать болезнь даже и в том случае, когда в данный момент мы не находим ясного морфологического элемента — папулы. На разгибательных поверхностях голей, бедер, ягодиц, предплечий и плеч и в меньшей степени на туловище кожа, вследствие постоянных расчесов и вызываемых при чесании гиперемии и кровотечения, пигментируется (вследствие отложения в соединительнотканной строме кожи и в эпителии красящего вещества крови) и утолщается (вследствие размножения клеток соединительной ткани при продолжительной гиперемии и превращения их в волокнистую ткань). При утолщении кожи борозды ее делаются глубокими и поэтому поверхность представляется неровной, шероховатой. Эпидермис, вследствие последовательно измененного процесса ороговения, обнаруживает отрубевидное шелушение, обуславливаемое скоплением мелких серебристых чешуек, довольно прочно сидящих на подлежащей ткани.

К описанным характерным первичным и вторичным изменениям кожи присоединяется также довольно характерное припухание лимфатических желез, главным образом бедренных, так как на нижних конечностях кожные изменения всего более выражены, но также локтевых и подмышечных. Припухшие железы представляются в виде пакета больших плотных безболезненных при надавливании желез. Обыкновенно они не представляют воспалительной реакции и не переходят в нагноение.

Кроме вышеописанных вторичных изменений кожи, зависящих от самого существа болезни, могут быть и другие вторичные последовательные изменения в зависимости от побочных влияний, которые не только не способствуют установке диагноза, но, напротив, иногда могут запутывать его. Так, инфекционные начала, находя благоприятную почву для своего развития в измененной коже, вызывают нагноительные процессы, от мелких пустул до глубоких фурункулов включительно.

По степени интенсивности кожных изменений и субъективных ощущений зуда принято отличать легкую форму, *prurigo mitis*, когда количество папулок, а также пигментация, уплотнения кожи и шелушения незначительны, лимфатические железы мало увеличены, зуд не причиняет особенного беспокойства больному, и тяжелую, *prurigo ferox*, когда перечисленные явления выражены очень сильно.

Из внутренних органов отмечаются некоторыми авторами изменения в нервной системе. При жизни эти изменения очень часто не бросаются в глаза и открываются только при самом тщательном исследовании. Находят изменения в сухожильных рефлексах и чувствительности (осозательной и др.). Но иногда нервные симптомы представляются ясно выраженными в форме, напр., резкого повышения коленных рефлексов, голеностопного феномена, ясной анестезии, симптома Ромберга (многие случаи варшавской дерматологической клиники).

Потоотделение у пруригинозных больных всегда нарушено в сторону уменьшения и полного прекращения. Кожа таких больных всегда суха, даже при условиях, обычно вызывающих потоотделение. Последнее разве появляется лишь в наименее пораженной коже сгибов (подмышечные впадины и др.).

Реакция сосудов кожи на механическое раздражение у пруригинозных больных, как указано мною¹ на основании ряда наблюдений, представляется ненормальной: при проведении тупым инструментом по коже получается не красная, а белая полоса, остающаяся на более или менее продолжительное время, что указывает на спазм сосудов — белый дермографизм. Очень редко вначале появляется красноватая полоса, которая, однако, вскоре сменяется белой. Очевидно, сосудорасширяющие нервы мало возбудимы, тогда как сосудосуживающие нервы обнаруживают сильную возбудимость. Побледнение кожи наступает не только при механическом раздражении, но также под влиянием охлаждения, при действии фарадического и гальванического тока, особенно катода. (При красном дермографизме указанные электрические раздражители, наоборот, вызывают покраснение кожи.)

В моче находят увеличенное содержание мочекислых солей (Поспелов) и увеличение количества мочевины в периоде усиления зуда (Зеленев), а также увеличение NaCl вдвое против нормы (Brueff, Grosz), увеличение удельного веса, а также индола, скатола и эфирносерных кислот, что указывает на ненормальное брожение в кишечнике; присутствие нуклеоальбумина, пептона и ацетона (Finger).

У лиц, страдающих почесухой, очень часто находят разнообразные признаки вырождения, каковы: дистрофия зубов (неправильное поло-

¹ П. В. Никольский. Белый дермографизм. Вопросы невро-псих. мед., 1902, т. VII.

жение, неправильная форма, изъеденная поверхность и др.), уклонение в строении черепа, асимметрия лица, неправильное строение ушных раковин (оттопыренные уши, отсутствие ушной мочки), дистрофия ногтей (изъеденные ногти), слабое развитие яичек, фимоз, общее недоразвитие, инфантилизм (Абрамичев, Фролов, наблюдения варшавской дерматологической клиники).

Течение болезни. Как сказано выше, почесухе предшествует urticaria. Напомним, что urticaria характеризуется высыпанием на различных участках кожи без всякой определенной локализации сравнительно больших по размеру (до 1 см в диаметре и больше) плоских бледно-розовых папул, сильно зудящих и быстро исчезающих (иногда в течение нескольких часов и даже скорее). Почти как правило при крапивнице наблюдается резко выраженный красный дермографизм. Когда у маленьких детей названное страдание переходит в почесуху, то происходят следующие изменения в картине болезни: высыпание папул постепенно локализуется на известных излюбленных местах (разгибательные поверхности конечностей по преимуществу); диаметр папул уменьшается; они делаются более стойкими, существуют многие дни и недели. Красный дермографизм переходит в белый. Это последнее обстоятельство представляется в высокой степени интересным, так как оно говорит о резком изменении сосудистой реакции кожи: возбужденное состояние сосудов расширяателей сменяется параличом.

При этом невольно приходит на мысль обще-физиологический закон, по которому вслед за сравнительно коротким возбуждением нервов следует продолжительный упадок их деятельности. Быть может, этим изменением сосудистой реакции объясняется, до некоторой степени, изменение картины болезни: та же действующая причина теперь производит папулы более стойкие; из сосудов выходит не одна плазма, но и форменные элементы крови. Риль (Riehl) определяет время, потребное для перехода крапивницы в почесуху, в несколько месяцев.

Раз образовавшись, на 2-м году жизни, почесуха продолжается до 7—11 лет и затем иногда проходит, но большею частью остается на всю жизнь.

В течение болезни замечаются периоды наивысшего развития и периоды ослабления болезненных явлений. Последние обыкновенно приходятся на летние месяцы, первые на холодный сезон. Летом, под влиянием появляющегося хотя бы и незначительного потения, кожа делается глаже, тоньше, папулки рассасываются. Впрочем, благоприятное влияние теплого сезона нужно отнести не только на местное увлажняющее действие, но также и на связанное с потением повышение общего обмена веществ, которое ведет к всасыванию хронических инфильтратов.

Патологоанатомические изменения. Папула почесухи образуется вследствие отека сосочков, подобно папуле крапивницы, но

с тем отличием, что вместе с отёком имеется и инфильтрация сосочков, чем и объясняется гораздо большая стойкость ее по сравнению со скоропроходящей папулой крапивницы. Отёк распространяется и на Мальпигиев слой, обуславливая, при известной интенсивности, образование обыкновенно микроскопических пузырьков. При сплошных вторичных изменениях происходит размножение клеток и волокон соединительной ткани и отложение кровяного пигмента, что и обуславливает сплошное уплотнение и пигментацию кожи.

При вскрытии (материал, относящийся сюда, пока очень скуден) находят в спинном мозгу и в симпатических узлах простую и пигментную атрофию, гиалиновое перерождение сосудов и увеличенное развитие соединительной ткани (Зеленев).

Относительно причины болезни существуют две теории: *нервная и токсическая*. Первая (Cazenave, Полотебнов и др.) основывается на случаях наследственности, на часто наблюдаемых дегенеративных изменениях, особенно зубов, на необычайно сильном нервном зуде, который достигает значения самостоятельного симптома, как бы не зависящего от местных анатомических изменений, и на расстройствах в нервной системе, находимых при клиническом исследовании и подтвержденных патологоанатомическими данными (правда, еще очень скудными). Вторая (Поспелов, Tomasolli и др.) указывает на желудочно-кишечные расстройства, вслед за которыми у детей появляются высыпи prurigo, и на обильное содержание мочевой кислоты, а также и на связь prurigo с urticaria, которая вызывается различными токсинами.

Что касается перехода крапивницы в чесуху, то его можно объяснить таким образом: у ребенка с наследственными отклонениями, под влиянием токсинов, развивается крапивница, вследствие раздражения сосудорасширяющих нервов. Но эти последние через некоторое время парализуются, что дает перевес сосудосуживающим нервам (белый дермографизм). Спазм сосудов сам по себе уже является причиной зуда. Но к этому, нужно думать, присоединяется и изменение стенок сосудов (увеличение порозности), образовавшееся еще при крапивнице. При этих двух условиях возникают пруритинозные папулы. Кроме этого, нельзя не принять во внимание отсутствия деятельности потовых желез, что нужно отнести на счет паралича потовых центров. В коже, не очищаемой потоотделением, скопляются раздражающие продукты обмена, что также способствует зуду.

Распознавание prurigo основывается: 1) на значительной продолжительности течения, 2) на локализации, 3) на характерных папулах, 4) на характерных вторичных изменениях, 5) характерных опухолях желез и 6) на слабом действии всех употребляемых лечебных воздействий. Дифференциальное распознавание приходится ставить между болезнями,

сопровождающимися зудом, а также болезнями с папулезными высыпаниями или с образованием серебристых чешуек.

1. *Scabies* (страдание с сильным зудом) никогда не имеет такого продолжительного течения, имеет другую локализацию (очень редко поражает кожу голеней, а с другой стороны, в межпальцевых складках имеет свое любимое место, также охотно поражает живот и спину, чего не наблюдается при *prurigo*). Наиболее характерным элементом его является поверхностно сидящий пузырек, появляющийся на месте внедрения паразита в поверхностный эпителиальный слой, и линейный чесоточный ход; вторичные изменения его являются в полиморфной форме: папулы, пустулы, корки, тогда как утолщения и отрубевидного шелушения кожи не наблюдается. *Scabies* не сопровождается характерными бубонами. Наконец, *scabies* излечивается в неделю, тогда как *prurigo* упорствует многие годы.

2. *Eczema*. Острая форма, сопровождающаяся интенсивной краснотой, сильным мокнутием, конечно, не может быть смешана с *prurigo*. Можно говорить о смешении только хронической экземы, которая также может продолжаться многие годы и сопровождается зудом и утолщением кожи. Отличие состоит в том, что 1) при экземе типический морфологический элемент — пузырек, при *prurigo* — папула. Правда, как сказано, на месте папулы в эпителиальном слое иногда наблюдается образование пузырьков, но эти пузырьки микроскопические, клиническим же симптомом *prurigo* всегда является папула. 2) Локализация хронической экземы никогда не бывает столь правильной на определенных областях кожи. 3) Хроническая экзема не имеет правила начинаться в раннем детстве, что так часто наблюдается при *prurigo*.

3. На *psoriasis prurigo* может походить разве серебристыми чешуйками. Но количество их ничтожное, и они отделяются не так легко, как при *psoriasis*; кроме того, при соскабливании не получается точечного кровотечения. *Psoriasis* — страдание пятнисто-чешуйчатое, тогда как *prurigo* — папулезное. При *psoriasis* не бывает зуда, и только в редких случаях, когда высыпание псориатических бляшек происходит очень быстро, появляется небольшой зуд. Наконец, любимые места *psoriasis* (локти и колена) другие, и появляется *psoriasis* наичаще в зрелом возрасте.

4. *Lichen ruber acuminatus* резко отличается своими остроконечными милиарными папулками, имеющими большую склонность сливаться в сплошные поверхности, шероховатые на-ощупь, словно терка. Зуд при нем слабее и потому вторичные изменения — утолщение кожи и пигментация — почти отсутствуют. Серебристые чешуйки покрывают лишь верхушки конических папулок, тогда как при *prurigo* они покрывают сплошь всю пораженную область (для папулы *prurigo* характерна цен-

тральная кровавая корочка). *Lichen ruber acuminatus* не имеет излюбленных мест и излюбленного возраста.

5. Все это можно сказать и о *Lichen ruber planus*, лишь с тем от ичем, что плоские папулы его более походят на папулы *prurigo*, но отличаются блестящей поверхностью и нередко большей величиной.

6. От *urticaria prurigo* отличается типической локализацией, стойкостью папул (хотя при *urticaria chronica* папулы также довольно стойкие), меньшей величиной папул, наличием вторичных изменений (при *urticaria pigmentosa* наблюдается только пигментация), продолжительностью течения (*urticaria chronica* иногда имеет также продолжительное течение) и белым дермографизмом.

Лечение *prurigo*, как болезни, признаваемой вообще за неизлечимую, в высшей степени трудно. Тем не менее умело направляемое лечение приносит огромную пользу. Употребляются следующие средства:

1) Успокаивающие нервную систему, так как зуд, столь беспокоящий больного, ясно указывает на раздражение нервной системы. На то же указывает и нередко наблюдаемое повышение сухожильных рефлексов. Зуд часто вызывает расстройство сна, что ведет к еще большему раздражению нервной системы. Поэтому здесь вполне показано продолжительное (месяц) и повторное применение брома (*patrii bromati* по 0,6 три раза в день для взрослых, детям 1 — 2-х лет по 0,1 3 — 4 раза в день). В слабо развитых, особенно в начальных случаях болезни, под влиянием брома не только уменьшается зуд и вызываемое им последовательное раздражение кожи, но прекращается и высыпание узелков, и кожа очищается.

С успокаивающею целью применяется также электричество в форме фарадизации (широкий безразличный электрод на грудь, а катушкой водят по пораженным местам), токов высокого напряжения и большой частоты д'Арсонваля и статического электричества. С тою же целью употребляют общие тепловатые ванны 35—36° Ц и, наконец, лучи Рентгена W. 7—8, $\frac{1}{2}$ дозы, с повторением через 2 недели.

2) Сосудорасширяющие средства показаны потому, что у пруригинозных больных сосуды очень склонны к спазму (белый дермографизм), что само по себе может вызывать зуд, вследствие недостаточной промывки ткани и выведения вредных продуктов обмена, и, во всяком случае, это является условием, далеко не благоприятствующим ни восстановлению нормального потоотделения, ни всасыванию инфильтратов кожи. С сосудорасширяющею целью употребляют:

а) внутрь *patrium salicylicum* (по 0,6 три раза в день, для маленьких детей 0,06 — 0,12 три раза в день), *phenacetinum* (по 0,25 три раза в день), *aspirinum* (0,3 по три раза в день, для маленьких детей 0,06 два раза в день). Под влиянием этих средств, действующих, кроме того,

и успокаивающим образом, применяемых в течение месяца и более и повторно, наклонность сосудов к спазму уменьшается и ослабевают кожные явления:

б) успокаивающие ванны $35—36^{\circ}\text{C}$ с последовательным укутыванием в одеяла на $\frac{1}{2}—1$ час. Такое лечение, систематически проведенное в течение $1—1\frac{1}{2}$ месяца, особенно в летнее время, дает благоприятный результат;

в) углекислые ванны (Нарзан), которые обладают сосудорасширяющим действием;

г) втирания *unguenti Wilkinsonii* или *saponis viridis*. При сильном втирании их в пораженную кожу в течение $\frac{1}{4}—\frac{1}{2}$ часа получается покраснение кожи, т. е. не только разрешается спазм сосудов, но и вызывается гиперемия, что действует благоприятно на всасывание инфильтрата. Но кроме того, к этому присоединяется химическое и механическое действие составных частей Вилькинсоновской мази. Так под влиянием мыла (щелочи) разбухают роговые чешуи, механическое действие порошка серы и мела способствует обнажению поверхностно сидящих на папулах пузырьков, причем деготь способствует более правильному ороговению обнаженных участков.

После ежедневного систематического втирания зеленого мыла или Вилькинсоновской мази, в течение 10—14 дней, кожа делается глаже, тоньше, зуд уменьшается, больной может спокойно спать и чувствует себя вообще лучше. Такое лечение, повторно применяемое через известные промежутки, смотря по интенсивности страдания, может во всяком случае сдерживать болезненные симптомы в известных границах.

3) Средства потогонные. Показания к ним при *prurigo* составляют: сухость кожи, вследствие пониженной деятельности потовых желез и инфильтрация кожи, требующая для всасывания как усиленного притока крови, так и усиления общего и местного обмена веществ. Указанная цель достигается водяными горячими ваннами $37^{\circ}—39^{\circ}—40^{\circ}\text{C}$, паровыми ваннами $50^{\circ}—52^{\circ}\text{C}$ и горячевоздушными ваннами $60^{\circ}—70^{\circ}\text{C}$, с последовательным потением под одеялами. На летних курортах пользуются с потогонною целью серными и грязевыми ваннами.

4) Средства, регулирующие нарушенный обмен веществ, находят показание потому, что при *prurigo* нередко имеется повышенное образование недоокисленных продуктов обмена (мочевой кислоты). Показано применение средств, усиливающих окисление и растворяющих мочевую кислоту, каковы щелочные воды (Боржом, Ессентуки, Vichy), *pireperezinum* и др.

5) Средства, способствующие выведению токсинов из кишечника и обеззараживающие кишечник. Выше, говоря о причинах болезни, мы указывали на значение желудочно-кишечных расстройств. С другой стороны, спазм сосудов кожи вообще

ставится, между прочим, в зависимость от токсинов, вырабатываемых в желудочно-кишечном канале и влияющих на сосудосуживающие нервы. Поэтому в каждом случае почесухи мы должны обращать самое тщательное внимание на отравление из желудочно-кишечного канала. Нам приходилось наблюдать у маленьких детей, в начальных периодах болезни, излечение, благодаря только одному систематическому массажу живота, назначавшемуся по причине запоров. Показаны также легкие и послабляющие. Имеют значение и обеззараживающие кишечник, каковы: salol, benzonaphthol и др.

6) Укрепляющие средства имеют значение потому, что длительная болезнь с пониженным метаморфозом, изнуряющая больного зудом, причиняет ослабление организма, вследствие чего и все другие средства могут оказываться недействительными. Практика показывает, что продолжительное повторное употребление мышьяка, благоприятно влияющего также вообще на жизнедеятельность кожи, приносит пользу. В соответствующих случаях употребляют также железо и рыбий жир при усиленном питании.

Особенно важно должное направление лечения в периоде формирования почесухи из крапивницы, что бывает у маленьких детей на 2—3 году жизни. В это время нужно поддерживать слабеющие сосудорасширители при помощи сосудорасширяющих средств и противодействовать вялости кишечника послабляющими средствами и массажем.

Ко́жный зуд.

(Pruritus cutaneus.—Neurodermitis.—Kraurosis vulvae.)

Зуд при известных болезнях кожи, каковы чесотка, eczema, prurigo, lichen ruber, появляется на местах, пораженных сыпью. Чесоточный клещ, пузырек экземы, папула prurigo или lichen ruber вызывают механически или химически раздражение окружающих окончаний нервов. Это раздражение передается в центростремительном направлении к центральной нервной системе, к чувствующим центрам головного мозга, где и вызывает своеобразное ощущение зуда.

Но в ряде случаев оно является в коже без всяких предшествующих изменений в последней. Самый тщательный осмотр не обнаруживает ни малейшей сыпи или самое большее линейные расчесы, указывающие не на причину, а на последствия зуда.

Такая форма страдания кожи, без предварительных анатомических изменений, выражающаяся только зудом и его видимыми последствиями — расчесами, носит общее название pruritus cutaneus.

По распространенности страдания можно отличать pruritus universalis и pruritus partialis.

При *pruritus universalis* зуд распространяется на всю поверхность кожи, от головы до пят, причем, однако, некоторые участки являются местом наиболее сильного ощущения.

При *pruritus partialis* зуд ограничивается лишь одним каким-либо участком кожи; так, нередко он занимает кожу головы, локтевые сгибы, ладони, подошвы, мошонку, промежность, область в окружности заднего прохода, наружные половые органы женщины: большие и малые губы и вход во влагалище.

Напряженность зуда различная: в одних случаях он лишь иногда и немного беспокоит больного, в других же случаях он причиняет тяжелое страдание: больной лишается сна, теряет аппетит, стремится удовлетворить сильному ощущению зуда всевозможными, иногда необычными приемами, как напр., не довольствуясь пальцами и ногтями, он прибегает к жестким тканям и щеткам, чешет спину о стену дома и проч. Больной не может бывать в обществе; с ним тяжело говорить, так как внимание постоянно отвлекается чесанием то одной, то другой области кожи; он не может сидеть спокойно, но постоянно в движении, то наклоняясь, чтобы почесать ногу, то поднимая руку на голову, то заводя ее на спину и т. д.; десять минут разговора с таким больным, не находящим себе места и умоляющим со слезами на глазах оказать ему помощь, производит и на врача тяжелое, удручающее впечатление.

Наконец, в некоторых случаях нестерпимый зуд приводит больного к мысли о самоубийстве.

Нужно иметь также в виду, что зуд наружных половых органов особенно у девочек, нередко приводит к тяжелому пороку — онанизму, столь пагубно влияющему на всю последующую жизнь.

При объективном исследовании обыкновенно находят следы расчесов в форме маленьких кровяных корочек темно-красного цвета, то сидящих изолированно, то скученных в виде линий, или тонкие красные полоски без корочек — результат кровоизлияний на местах расчесов.

Нередко к этому присоединяются розоватые папулки с центральной кровяной корочкой, подобные папулам *prurigo*. Они образуются не первично, а последовательно, на месте более сильного расчеса, вследствие воспалительного прилива, отека и небольшой клеточной инфильтрации. Но в некоторых случаях, как это ни странно, при долго существующем зуде на коже не открывается никаких видимых изменений. Может быть, хорошая привычка всегда держать ногти коротко остриженными, равно как и воздержанность больного от расчесов имеют свое значение. Но большее значение имеет индивидуальное свойство кожи мало или совсем не реагировать на механическое раздражение. Особенно такое свойство присуще старческой коже. Иногда прихо-

дится удивляться необычайной выносливости ткани. В одном из моих случаев у 70-летнего старика был нестерпимый зуд, который заставлял больного просиживать целые ночи в горячей ванне — единственное средство, успокаивавшее его, но между тем на коже не было никаких изменений.

Кроме описанной чистой формы *pruritus*, без вторичных кожных изменений, или, во всяком случае, с небольшими изменениями (краснота, расчесы), существует другая форма, при которой вскоре после появления зуда развиваются вторичные изменения в коже.

Эти последние являются в двух формах: в форме экзематизации — экземоподобных изменений и в форме лихенификации — лихеноподобных изменений.

В первом случае на участках кожи, которые наиболее расчесываются, появляется краснота, папулки, пузырьки и мокнутие. Но такая «экзема» отличается от настоящей: 1) тем, что ей предшествует в течение более или менее продолжительного времени «чистый» зуд; 2) при такой «экземе» сильный зуд существует не только на пораженном участке, но и на всей коже; 3) если хорошо защитить «экзематозную» поверхность от механических раздражений (хорошая повязка), то воспалительные явления скоро проходят.

Во втором случае на местах расчесов получается сухой дерматит. Французские авторы (Brosq и др.) не без основания выделили случаи зуда с сухим дерматитом, представляющие переход от чистого зуда к зудящим сыпям, в особую форму под названием *neurodermitis*.

При *neurodermitis* кожа сухая, жесткая, шероховатая, утолщенная, слегка шелушащаяся; нормальный нежный рисунок кожи, состоящий из едва заметных треугольных и ромбических полей, ограничивающихся бороздками, делается грубым, резко выраженным, причем бороздки представляются глубокими, а треугольные и ромбические поля широкими и возвышающимися. Температура пораженной кожи, как это наблюдалось в нашей клинике, обыкновенно ниже окружающей здоровой кожи более, чем на 1° Ц.¹

Отличают: *neurodermitis diffusa*, когда под влиянием расчесов вышеуказанные изменения занимают более или менее большие поверхности и притом не резко отграничивающиеся от здоровой кожи, напр., целые верхние и нижние конечности (обыкновенно симметрично), мошонку, окружность заднего прохода, также туловище, живот, а иногда и всю поверхность кожи, и *neurodermitis circumscripta*, занимающий ограниченный небольшой участок кожи, с серебряный полтинник, рубль, более или менее резко отграничивающийся от здоровой кожи. Часто наблюдается на задней поверхности шеи. В по-

¹ В. Н. Космадис. Цит. выше.

следней форме иногда рельефно выступает папулезный вид страдания почему ей усваивают также название *lichen simplex (Vidal)*, желая этим указать на некоторое сходство ее с типическим *lichen ruber* и в то же время отделить ее от последнего. Страдание также часто наблюдается на внутренней поверхности бедер.

В редких случаях лихенифицированная ткань дает большие разрастания в виде опухоли (*lichenification hypertrophique ou géante*) с сосочковидной мацерированной и издающей неприятный запах поверхностью, что обыкновенно бывает в бедренно-паховых складках. Также поражаются мошонка, большие губы, верхние части бедер, подмышечных впадин. Пораженные участки возвышаются на 2 — 5 мм, иногда напоминая опухоль. Они представляют разрастание Мальпигиева слоя и сосочков и инфильтрацию соединительной ткани с расширенными и новообразованными сосудами. Для диагноза важна обычно лихенифицированная поверхность по периферии опухоловидного поражения.

Своеобразное изменение наблюдается при местном зуде в женских наружных половых органах в форме атрофии больших и малых губ и слизистой входа во влагалище, причем ткань указанных частей представляется истонченной и белесоватой. Это так называемый *kraurosis vulvae*. Вероятно, атрофия является исходом долго продолжавшегося невродермита. На атрофированной коже может развиваться рак.

В исключительных случаях зуд обуславливает образование язв, когда больной делает глубокий расчес, образуя язвенную поверхность, и постоянно ковыряет ее, стремясь удалить предполагаемого паразита (см. ниже *parasitophobia*).

Из других клинических явлений, сопровождающих *pruritus cutaneus* вообще и в частности *neurodermitis*, нужно отметить наблюдаемое иногда изменение в образовании пигмента и часто наблюдаемое изменение чувствительности, сосудодвигательных рефлексов и потоотделения.

Изменения пигментации являются в форме *vitiligo*, причем участки, лишенные пигмента, чередуются с участками с повышенным содержанием пигмента. Зуд может ограничиваться лишь местами, представляющими ненормальную пигментацию, или же занимать и области кожи, нормально окрашенные. В одном случае мы наблюдали у 70-летней больной необычайно сильный зуд на участках кожи с *vitiligo*, занимавших область нескольких межреберных нервов. В другом случае, у больного 60-ти лет, страдавшего множественным рассеянным склерозом, сильный зуд кожи лица развился вместе с появлением обесцвеченных и сильно пигментированных участков. После продолжительного лечения фарадизацией зуд совершенно прошел и в то же время ненормальная окраска лица в значительной степени уменьшилась.

В подобных случаях нельзя не видеть некоторой внутренней связи между зудом и неправильностями пигментации. Эту связь можно уяснить предположением, что вредные химические вещества, вызывающие зуд, одновременно расстраивают и деятельность покровного эпителия в отношении выработки пигмента.

Кроме описанной первичной ненормальной пигментации в форме *vitiligo*, при *pruritus* наблюдается вторичная гиперпигментация вследствие отложения в коже кровяного пигмента, благодаря кровоизлияниям, происходящим под влиянием расчесов. По указанной причине кожа описываемых больных нередко усеяна буроватыми пятнами разной величины, иногда сплошь занимающими большие области.

Чувствительность кожи при *pruritus cutaneus* часто оказывается измененной то на всей поверхности кожи, то лишь на зудящих участках. Это изменение касается, главным образом, болевой и электроболевой чувствительности и может идти в двух противоположных направлениях:

1) в одних случаях наблюдается гиперэстезия, когда малейший укол булавкой, самый легкий фарадический ток, почти незаметный для человека с нормальной чувствительностью, вызывают сильное болевое ощущение, сопровождаемое вздрагиванием конечностей и всего тела;

2) в других случаях, наоборот, наблюдается гипэстезия, аналгезия, когда очень сильные уколы булавкой, очень сильный фарадический ток, нестерпимый для здоровых лиц и часто невыносимый тем же больным на местах незудящихся, не вызывают никакого болевого ощущения или вызывают ничтожное ощущение на зудящих участках. Особенно часто наблюдается аналгезия при *pruritus scroti et ani*. При *lepra anaestetica*, осложненной чесоткой, также наблюдается сильный зуд.

Что изменения чувствительности тесно связаны с основным процессом, на это указывают наблюдаемые в практике случаи, когда с прекращением зуда восстанавливается и нормальная чувствительность.

Факты последней группы имеют значение для физиологии, указывая на то, что ощущение боли и ощущение зуда проводятся различными нервными проводниками. Все же относящиеся сюда клинические факты могут давать указания для направления лечения. Очевидно, что случаи *pruritus cutaneus* с анестезией требуют других лекарственных средств, чем случаи с гиперэстезией.

В отношении сосудодвигательных рефлексов и потоотделения нужно сказать, что *pruritus cutaneus* наблюдается при противоположных состояниях: 1) при сухой коже, *anidrosis*, и при отсутствии сосудодвигательных рефлексов или при белом дермографизме и 2) при усиленном потоотделении, *hyperidrosis*, и красном дермографизме.

Что действительно ненормальные сосудодвигательные рефлексы могут быть тесно связаны с зудом, на это особенно указывают случаи *pruritus localis*, соединенные с местным белым дермографизмом именно пораженной зудом области. У одного моего больного, с зудом крестца, только на крестце был белый дермографизм, тогда как выше, в области поясницы и спины, красные рефлексы. У другой моей больной, с *neurodermitis* внутренних поверхностей бедер и зудом живота, на бедрах и животе был белый дермографизм, а на груди и спине красные рефлексы.

Течение *pruritus cutaneus* вообще и в частности *neurodermitis* очень разнообразно. Появившийся зуд то проходит в течение нескольких недель, то существует месяцы, годы и даже десятки лет. Я знал больного, страдавшего зудом 20 лет. Болезнь тянется непрерывно или же со светлыми промежутками. Иногда она совпадает с известными сезонами. Так, существует форма болезни, известная под именем *pruritus hiemalis*, когда больной благоденствует весной и летом, но сильно страдает осенью и зимой.

К этой форме нужно отнести также те случаи, когда зуд появляется всякий раз в коже открытых частей лица и кистей, при охлаждении их.

Заметное усиление существующей болезни всегда наблюдается при нравственных потрясениях.

Зуд может тяготить больного как днем, так и ночью. Днем он сравнительно слабее, так как ослабляется массой других впечатлений, идущих к психическим центрам, ночью же он усиливается, причиняя бессонницу.

Причины болезни. Зуд в известных пределах представляет ощущение физиологическое, зависящее от временного скопления в каком-либо участке кожи раздражающих нервные окончания продуктов обмена в количестве выше обычного, нормального. Чесание, своего рода массаж, ускоряет ток крови и лимфы и тем самым способствует удалению вредных веществ из данного участка кожи.

В патологических случаях зуд делается сильным, продолжительным, и чесание не только не успокаивает, но значительно усиливает ощущение зуда, а если успокаивает, то лишь на короткое время. Патологический зуд объясняется двумя причинами:

1) повышенною чувствительностью нервной системы, которая на ничтожное раздражение со стороны продуктов обмена отвечает сильным зудом. Это собственно *pruritus cutaneus neurosus*, наблюдаемый при истерии, нейрастении, после тяжелых нравственных потрясений, после простудных влияний. Нервный зуд обыкновенно сопровождается другими нервными явлениями (расстройство чувствительности, усиление рефлексов, нервные боли и др.);

У одной моей больной, после смерти сына, развился зуд кожи, продолжавшийся несколько лет. После смерти второго сына снова появился зуд. У другого больного *pruritus ani* появился через неделю после тяжелых переживаний по поводу обнаруженной кражи казенных денег и продолжается 9 лет;

2) увеличенным количеством раздражающих химических веществ. Эту форму можно назвать *pruritus cutaneus toxicus*. Она сопровождается в разных случаях: накоплением в крови желчи при болезнях печени, составных частей мочи при болезнях почек, кишечным самоотравлением (увеличенное выделение индикана мочой, по данным нашей клиники, ¹ наблюдается в 41,6%), различными неправильностями обмена (мочекислый диатез, сахарное мочеизнурение, ожирение, нарушенная внутренняя секреция щитовидной железы и других желез), неправильностями кровообращения (венозный застой, красный дермографизм, белый дермографизм) и потоотделения (*hyperidrosis*, *anidrosis*).

Зуд при красном дермографизме и увеличенном потоотделении может быть объяснен тем, что к коже приносится с большим количеством крови много токсических веществ, ищущих выхода с потом, но до того времени раздражающих кожу.

Зуд при отсутствии сосудистой реакции и при белом дермографизме объясняется замедленным кровообращением, при котором в коже скапливается много токсических веществ, что, впосле повятно, бывает также при венозном застое.

Pruritus senilis объясняется недостаточною очищающею деятельностью кожи, вследствие старческой атрофии желез, а также вялости кровообращения. *Pruritus hiemalis*, зуд в холодное время года, связан с склонностью сосудов к спазму.

Интересны случаи сильного зуда при поражении лимфатических желез (при злокачественной лимфоме, лейкемии, псевдолейкемии), причем зуд может начинаться задолго до припухания наружных и внутренних желез. В одном моем случае злокачественной лимфомы² невыносимый зуд, заставлявший больного останавливаться на улице и чесаться о заборы и стены домов, начался за год до начала капля, долгое время относившегося к туберкулезу, а затем уже объясненного опухолью переднего средостения, и за 16 месяцев до припухания подмышечных желез. Диагноз подтвержден вскрытием. Можно думать, что при заболевании лимфатических желез нарушается внутренняя секреция их, что ведет к выработке токсических веществ, раздражающих кожу.

¹ Глухенький. Цит. выше.

² П. В. Никольский. Случай прурито — подобного заболевания при злокачественной лимфоме. Труды медиц. общ. при Варшав. унив., 1916.

Распознавание *pruritus cutaneus* приходится ставить по отношению к следующим болезням.

Экзема. При *pruritus* может быть краснота и папулки на зудящих участках вследствие механического раздражения при чесании.

Для отличительного распознавания необходимо узнать из расспроса больного и на основании собственного наблюдения, не начинается ли зуд в коже совершенно здоровой и не появляются ли указанные изменения кожи в том случае, когда больной воздерживается от чесания. Нужно помнить, что анатомические изменения кожи при экземе развиваются помимо всякого внешнего раздражения, которое может лишь усиливать их. Очень сильный зуд, при сравнительно ничтожных анатомических изменениях кожи, может говорить в пользу *pruritus cutaneus*.

Prurigo. Это страдание характеризуется бледно-розовыми папулками с центральными кровавыми корочками, располагающимися, по преимуществу, на разгибательных поверхностях конечностей. Зуд при *prurigo* настолько силен, что некоторые врачи даже склонны смотреть на него, как на самостоятельный первичный симптом, а все кожные изменения считать явлением вторичным — результатом расчесов. Очевидно, эта болезнь близко подходит к *pruritus cutaneus*, при котором также имеются подобные морфологические элементы и зуд. Отличие нужно находить в следующем:

Pruritus cutaneus.

1. Развивается чаще в старческом возрасте.
2. Не имеет какой-либо одной определенной локализации.
3. Часто без всяких морфологических изменений кожи.
4. Без всяких характерных изменений в лимфатических железах.

Prurigo.

1. Наичаще со второго года жизни.
2. По преимуществу разгибательные поверхности конечностей.¹
3. Всегда с характерными первичными изменениями.
4. С характерным припуханием бедренных, паховых и локтевых желез.

При *phthyriasis* расчесы и пигментация кожи, главным образом, сосредоточиваются на местах тесного соприкосновения кожи с одеждой — на месте воротника и пояса. Нередко можно найти самый *corpus delicti*.

При *scabies* имеются характерные очень маленькие пузырьки и клешевые ходы, между прочим, в излюбленном месте, в межпальцевых складках. Поражение кожи обыкновенно ограничивается вверху линией через соски и внизу — через средние трети бедер.

При *крапивнице* появляются, хотя бы на самое короткое время, волдыри.

При *lichen ruber* всегда налицо типические папулы.

При зуде заднего прохода, особенно у детей, необходимо иметь в виду возможность присутствия *oxyuris vermicularis*, обуславливающего зуд. Иногда можно видеть маленьких, тоненьких червячков при простом осмотре заднего прохода. В противном случае наиболее точные результаты дает микроскопическое исследование кала.

Лечение болезни. При лечении *pruritus cutaneus* и в частности *neurodermitis* необходимо в каждом данном случае выяснить причину зуда. При *pruritus cutaneus nervosus* показаны следующие средства.

Успокаивающие: бромистые препараты (особенно внутривенные вливания 20% бромистого натра по 2 $\frac{1}{2}$ — 5 — куб. см), кодеин, рапторон (0,02 подкожно), также хлористый кальций (внутрь или в кровь 10% раствор по 4—6 куб. см), иногда оказывающий хорошее действие, хотя и трудно объяснимое. Электричество: статический душ по 10—15 минут ежедневно; фарадический ток слабой силы (ощущается, как пробегание чего-то, без сокращения мышц) или средней («хорошо» ощущается и вызывает легкое сокращение мышц). Фарадический ток показан особенно при зуде, соединенном с анестезией кожи. Большой электрод ставят на нижний конец грудины, а катушкой водят по коже. Если боятся раздражения (при *neurodermitis*), то врач электризует собственной (влажной) рукой. Фарадизация больших поверхностей (*pruritus universalis*) продолжается 15—20 минут, а маленьких (*pruritus ani, vulvae* и проч.) 5—10 мин.

Местные химические зудоуспокаивающие средства: *acidum carbolicum* в мазях 1—4%, *oleum rusci per se*, пополам со спиртом, в мазях 1:5—10, *bromocol* в алкогольных растворах и мазях 2%—10%, *anaesthesinum*, как предыдущий, *mentholum* в спиртовых растворах и мазях 1%—5%. Эти вещества втирают в кожу, так как нужно провести их к нервным окончаниям, во всяком случае, лежащим ниже зернистого слоя надкожницы. При *pruritus universalis* применение втираний затруднительно, но при *pruritus partialis* оно удобно. Однако нужно сказать, что средства эти мало надежны и далеко уступают вышеуказанным физическим средствам. Кроме того, нужно иметь в виду возможность раздражения кожи.

К успокаивающим средствам нужно отнести повязки с индифферентными мазями (*ung. diachylon, ung. Wilsonii*), налагаемые на отдельные участки с явлениями *neurodermitis*. Уже одно предохранение кожи от раздражения бельем и атмосферным воздухом оказывает успокаивающее действие. Кроме того, хорошо забинтованные участки менее доступны бессознательному расчесыванию во время сна.

Сосудосуживающие средства показаны при зуде с красным дермографизмом (*ergotinum* и др.). Кроме того, местные сосудосуживающие, в форме охлаждающих свинцовых примочек, употребляются на отдельные сильно расчесанные, красные и мокнущие участки.

Сосудорасширяющие средства показаны при зуде с белым дермографизмом или при отсутствии сосудистой реакции, также с асфиктическими конечностями. Сюда относится *aspirinum*, теплые и горячие ванны, общие и местные, водяные, горячевоздушные, электросветовые, солнечные, также и местные горячие припарки. В одном случае нестерпимого зуда половых губ и *vulv'ы* мы получили резкое улучшение от постоянных горячих припарок (пузырь с горячей водой). Далее, сюда относятся мыльные размывания на фланели, при *pruritus ani et scroti*. Успех этого, давно введенного чисто эмпирически, приема можно объяснить именно сосудорасширяющим действием его.

Массаж, мало еще распространенный в практике, представляет могущественное средство при зуде. В одном моем случае необычайно тяжелого зуда, у больной с дотоле цветущим здоровьем, приведшего в течение более года к крайнему истощению, заставлявшего больную проводить дни и ночи в ванне, немного успокаивавшей зуд, и доведшего до мысли о самоубийстве, когда не помогали никакие применявшиеся средства, общий массаж кожи привел к выздоровлению. Особенно хорошее действие оказывает массаж-растяжение¹ при местном зуде, особенно при *pruritus ani et scroti* (ритмически растягиваются складки заднего прохода и мошонки в течение 5 — 10 минут ежедневно). Влияние массажа объясняется ускорением кровообращения, способствующим выведению из кожи токсических веществ, и, быть может, успокоением нервных окончаний кожи.

Потогонные средства показаны при зуде, соединенном с ослабленным потоотделением (*anidrosis*): теплые и горячие ванны с последовательным потением и пилокарпин.

Rp. Pilocarpini muriatici 0,005, extr. et pulv. liquir. q. s. Ut fiat pilula. D. t. d. № 40. S. По 2 — 4 пилюли в день.

Rp. Pilocarpini muriatici 0,3, aq. destill. 30,0. M. D. S. Для подкожных впрыскиваний. По 1 куб. см. в день.

Средства, ограничивающие потоотделение, показаны при зуде, соединенном с усиленным потоотделением (*hyperidrosis*): атропин.

Rp. Atropini sulfurici 0,004, ext. et pulv. q. s. Ut fiat pilula. D. t. d. № 30. S. По 1 пилюле 2 раза в день.

Укрепляющие показаны при нейрастении и малокровии: железо и мышьяк.

Послабляющие и дезинфицирующие кишечник применяются при малейшем подозрении на самоотравление из кишечника, при вялости последнего: *sal carlsbadensis*, *salol* и др.

Лучи Рентгена оказывают благоприятное влияние при зуде. Особенно удобно применение их при местном зуде (*pruritus ani*). При

¹ П. В. Никольский. Массаж-растяжение кожи. «Клиническая медицина», 1922, № 5 — 6 (9 — 10).

neurodermitis проходит зуд и разрешается инфильтрация. Излечиваются случаи невродермита необычайно упорные, многолетние. Доза $\frac{1}{2}$ Е. D., при жесткости 7—8 W., с повторением через 2—3 недели.

В нашей клинике¹ в 1925 году пользовано лучами Рентгена 14 случаев невродермита, которые в общей сложности получили 90 сеансов, в среднем по 4 освещения на каждый пораженный участок; доза была $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ Е. D., при W. 8. Результаты были резкие: сначала прекращался зуд, а затем шло всасывание инфильтрата. Успех довольно быстрый получался в случаях продолжительных до 10 лет и упорно сопротивлявшихся другим методам лечения. С pruritus genitalis пользовано 40 больных, W. 8, $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ Е. D., с повторением через 2 недели. Зуд почти во всех случаях успокаивался.

Средства, регулирующие обмен веществ, употребляются при подозрении на отклонение от нормы общего обмена, как то бывает при diabetes mellitus, adipositas, подагре (инсулин, щелочные воды и проч.). При изменении внутренней секреции — тиреоидин, оварин, спермин. Точно так же, как показали наблюдения нашей клиники,² не редко в случаях кожного зуда выделяется большое количество хлористого натрия с мочой и потом; в этих случаях большую пользу приносит ахлориновая (бессолевая) диета.

Dermatophobia.

В некоторых случаях ненормальные ощущения в коже получают особую психическую окраску в форме dermatophobia, страха перед кожными и венерическими заболеваниями. Большею частью dermatophobia связана с зудом. Смотря по возбуждающей болезнью причине, отличают следующие виды:

Parasitophobia, когда больной страшится паразитов: чесоточного клеща, который — больной чувствует — ползает по коже и в коже вызывает зуд (ascarophobia); бактерий, которые будто пронизывают его кожу и весь организм (bacteriophobia). Toxiphobia, когда больной уверен в том, что кожа пропитана ядовитым веществом. В одном наблюдавшемся в нашей клинике случае у больного 42 л. с tabes insip., 6 лет существуют зуд и язвы на различных частях тела. Больной постоянно ковыряет язвы, будучи убежден, что в них содержатся паразиты и ядовитые вещества, причиняющие зуд. Он постоянно вытягивает пинцетом из язвы частички ткани и тогда лишь успокаивается на несколько часов, думая, что он удалил паразитов и ядовитые веще-

¹ П. В. Никольский. Ulcera cutanea chronica ex pruritu et toxiphobia. «Медицинская мысль», 1922, № 12 — 13.

² К. Г. Подканын. Продукты обмена веществ в моче при pruritus cutaneus. Сообщено в Донском дермат. и венер. общ. 14 ноября 1927 года.

ства. Но через несколько часов опять начинается зуд, и он снова ковыряет язвы и вытягивает ниточки ткани. Так проводит почти без сна целые ночи. В клинике, под влиянием убеждений, также при плотных перевязках с индифферентными мазями и при употреблении успокаивающих средств, язвы, существовавшие 6 лет, зажили, больной повеселел, к нему возвратилось жизнерадостное настроение.¹

Trichotillomania (Hallopeau), или *tic de l'épilation* (Raymond), состоит в том, что у больного развивается непреодолимая потребность, вызываемая зудом, вырывать волосы на известных участках кожи, и больной не может успокоиться до тех пор, пока не вырвет всех волос.

Dermatophilasia (H. Fournier) состоит в том, что больной имеет непреодолимое желание соскабливать и срывать всякий, самый малейший прыщик, появившийся на коже. Особенно неприятны женщинам и девушкам аспе, белые, черные и красные угри на лице, которые, по их мнению, страшно безобразят лицо, отчего они совестятся даже показаться в обществе (*асперфобия*.) Такие больные проводят ежедневно многие часы перед зеркалом, выдавливая прыщи.

Syphilophobia представляет мучительное страдание, когда больной уверен в том, что он болен сифилисом. Всякий появившийся прыщик он относит к сифилису, мучается этой мыслью, бежит к врачу, которому верит на короткое время, но затем снова начинает мучиться сомнениями.

Gonocossophobia — страх перед заболеванием триппером.

Причиной болезни служит психическая неуравновешенность, психонейрастения.

Для лечения имеет большое значение психическое воздействие на больного и убеждение в ложности его предположений. Но в то же время требуются и соответствующие лечебные мероприятия: средства, облегчающие зуд, анестезирующие (*extr. belladonnae* 0,3 на 30,0 вазелина на язвы и проч.), средства против себореи и аспе и т. п.

ЧЕШУЙЧАТЫЙ ЛИШАЙ.

(*Psoriasis*.)

Именем *psoriasis* называют болезнь кожи, которая обнаруживается появлением ограниченных красноватых пятен, быстро покрывающихся белыми серебристыми чешуями, которые очень легко соскабливаются в виде мелких отрубей, после чего обнаруживается точечное кровотечение. Пятна представляют элемент постоянный, напротив, чешуи, как легко удаляемые, могут в данный момент отсутствовать, если,

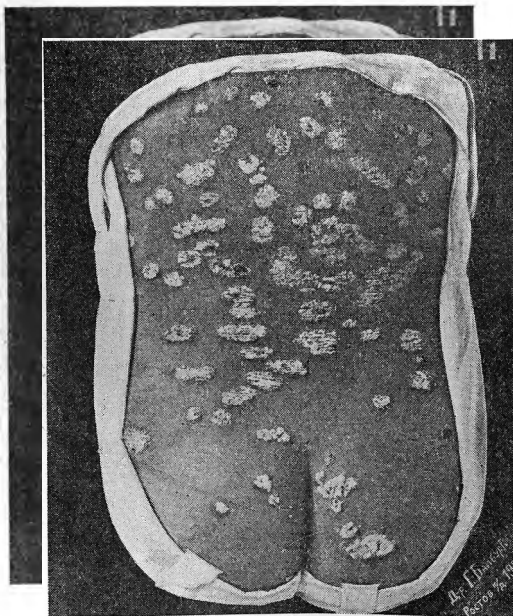
¹ Б. Н. Гониман. К вопросу о составе пота при *pruritus cutaneus*. Сообщено также 29 мая 1927 года.

напр., тщательно вымыть кожу больного; но и в этом случае, соскабливая поверхность красных пятен, мы обнаружим небольшое шелушение, а соскабливая дальше, получим характерное точечное кровоотечение.

Высыпание начинается с появления красных маленьких пятен, величиною с точку, быстро покрывающихся холмиком серебристых чешуй. Такая форма сыпи известна под названием *psor. punctata*. В течение нескольких дней пятна увеличиваются и достигают величины капли — *psor. guttata*; увеличиваясь далее, пятна достигают размера той или другой монеты — *ps. nummularis*. Центр больших пятен, как наиболее старая часть сыпи, может оздороветь, в то время как периферическая часть представляет еще цветущую сыпь — так получается кольцевидная форма *psor. annularis*. При дальнейшем росте пятна могут сливаться друг с другом и образовывать различные фигуры с извилистыми очертаниями — *psor. gyrata*; при слиянии значительного количества таких фигур получается рисунок, который сравнивают с географической картой — *psor. geographica*.

В очень редких случаях сыпь вытягивается в виде линии или полосы — *psoriasis linearis*. Иногда чешуи складываются в форме рупии или устриц — *psoriasis rupioidea seu ostracea*,¹ причем иногда бывает выражен фолликулярный характер сыпи (чешуи около отверстий фолликул) — *psoriasis rupioidea follicularis*.

При долгом существовании болезни пораженные участки могут быть значительно инфильтрированы, причем кожа сильно утолщается, утрачивает нормальную эластичность; на такой инфильтрированной коже могут появляться трещины, что бывает обыкновенно на разгибательной поверхности суставов, а иногда можно наблюдать и более или менее значительное мокнутие.



¹ Г. А. Байбуртиян. Случай *psoriasis ostracea*. «Медиц. мысль», 1926, т. III, кн. 4.

Псориазные бляшки отличаются также отсутствием потоотделения и пониженной местной температурой. Иногда даже из расспросов больного можно узнать, что у него в жаркое время потеет здоровая кожа, а места, покрытые сыпью, остаются сухими. Но это явление легко наблюдать при выпрыскивании пилокарпина или при употреблении горяче-воздушной или электросветовой ванны. При этом бросается в глаза, что псориазные пятна и ближайшая окружность их, поясом до 1 см ширины, остаются совершенно сухими, в то время как окружающая их здоровая кожа обильно покрывается каплями пота. Гистологические исследования пораженной псориазной кожи не дают основания объяснять эти явления какими-либо анатомическими изменениями в железах или препятствиями для выделения пота. Поэтому



Рис. 29. Psoriasis ostracea.



Рис. 30. Psoriasis linearis.

естественно видеть причину явления в нарушенной деятельности секреторных потоотделительных нервов.

Также специальными методами исследования в нашей клинике обнаружено на псориазных пятнах и в ближайшей окружности их, поясом до 1 см ширины, отсутствие салоотделения.¹

Равным образом отсутствует сосудистая реакция и мышечно-воло-сковый рефлекс.

¹ В. С. Гарбн. Жироотделение и потоотделение при чешуйчатом лишае. «Русск. вестник дерматологии», 1924, № 1.

Местная температура псориаических пятен, как показывают сравнительные наблюдения нашей клиники, сделанные при помощи кожных термометров, ниже температуры здоровой соседней кожи на $1\frac{1}{2}$ — 1 — 2 — $4,0^{\circ}\text{C}$ и только при явлениях раздражения (зуд, повышение чувствительности псориаических бляшек) она выше.¹ Такую разницу нельзя отнести на счет чешуек, а вернее объяснить ее замедленным кровообращением и ослаблением химических процессов в пораженной коже, последствием чего является уменьшенная выработка тепла.

Нередко бляшки, достигшие полного развития, окружаются псевдоатрофическим, блестящим, складчатым ободком до $1\frac{1}{2}$ см в диаметре (Воронов).

Здоровая по виду кожа псориаиков иногда реагирует на наружные механические, химические и температурные раздражения высыпанием псориаических бляшек. Так, напр., по ходу полосы расчеса высыпают точечные бляшки. Это указывает на то, что псориаизис представляет не местное только, а общее изменение кожи.

Локализация сыпи. Psoriasis может появляться па всех областях кожи, но излюбленные места его — локти и колена. Сравнительно редко он поражает ладони и подошвы (прежде даже думали, что на коже ладоней и подошв никогда не бывает psoriasis, и всякое высыпание, похожее на psoriasis, относили к сифилису, называя его psoriasis syphilitica palmaris et plantaris). В одном случае у девочки 14 лет я наблюдал псориаизис только на ладонях.

Нередко (в 90% случаев) при псориаизисе поражаются ногти. Они покрываются массой красноватых и беловатых точек. Процесс аналогичен таковому в коже: в сосочках ногтя развивается гиперемия и инфильтрация, а в самом ногте, как в роговом веществе кожи, происходит ненормальное ороговение, выражающееся точечным побелением. Тогда образуются маленькие точечные ямки, и ноготь представляется словно источенным червоточинной.



Рис. 31. Psoriasis totalis.

¹ В. Н. Космадис. Цит. выше.

Кроме того, вследствие заболевания ногтевого ложа ноготь делается тусклым, неровным, ломким, на нем образуются поперечные и продольные валики.

В сравнительно редких случаях psoriasis поражает слизистую полости рта (щеки, языка) в форме беловатых или беловато-красноватых бляшек иногда с поверхностными ссадинами. В подобной же форме psoriasis появляется на слизистой входа во влагалище, на малых губах, на головке члена и на внутреннем листке крайней плоти.

Количество сыпи может быть различным: нередко можно встретить лишь небольшие бляшки на локтях и коленях или несколько шелушащихся пятен на туловище и т. п. Но, с другой стороны, бывают случаи, когда вся кожа, включая волосистую часть головы, поражена сыпью (psoriasis universalis, totalis). Если при этом образование чешуй очень обильно, то все тело покрыто как бы толстым панцирем.

Однако, и при самом сильном распространении сыпи все же остаются кой-где маленькие островки здоровой кожи.

Субъективные ощущения обыкновенно отсутствуют. Иногда больные жалуются на небольшой зуд в пораженных местах. Лишь при очень быстром высыпании (psoriasis acuta) зуд достигает значительной



Рис. 32. Артропатия при псориазе.

степени. В случаях с зудом болезнь более склонна к распространению и труднее поддается лечению. При psor. universalis больные чувствуют, что вся кожа их как бы скована панцирем, жалуются на ощущение холода, на плохой сон и аппетит, вялость, разбитость, меланхолическое настроение, иногда на боли в суставах и мышцах. В этих случаях пульс ускорен, не всегда ровный; моча насыщенная, с мочекислыми осадками. На старых бляшках, с значительной инфильтрацией и трещинами, является ощущение боли, особенно при движении.

При объективном исследовании у псориазников отмечаются различные изменения во внутренних органах.

Сердце отличается значительной раздражительностью.

В крови констатируется уменьшение щелочности, уменьшение гемоглобина, лейкоцитоз, эозинофилия, хотя, впрочем, при многих дру-

гих исследованиях кровь оказывалась нормальной. У больных нашей клиники мы нередко констатируем небольшой лейкоцитоз и эозинофилию, доходящую до 10%.

Общая температура тела обыкновенно субнормальная и иногда различная на обеих половинах тела. Во время сыпи t° в подмышечных впадинах на $0,4^{\circ}$, а в rectum на $0,5^{\circ}$ — $0,7^{\circ}$ ниже, чем в периоде без сыпи. (Полотебнов, Граматчиков.) При систематическом продолжительном измерении t° у многих больных нашей клиники t° оказалась $36,6^{\circ}$ утром и $36,8^{\circ}$ вечером, у некоторых же $36,3^{\circ}$ — $36,4^{\circ}$. В исключительных случаях при бурном развитии болезни бывает небольшая лихорадка до 38° Ц.

Потоотделение на пораженных псориазисом участках кожи, как упомянуто выше, совершенно отсутствует, но здоровая кожа, осо-



Рис. 33. Psoriasis universalis cum arthritibus. Резко выраженные ромбические поля кожи.

бенно в подмышечных впадинах, нередко потеет сильно. Об этом можно узнать из расспросов больных, а также иногда при самом осмотре больного можно видеть обильные струйки пота, стекающие из подмышечных впадин. Получается даже такое впечатление, что здоровая кожа как бы стремится восполнить недостаточную потоотделительную деятельность пораженных участков.

Количество мочи в периоде с сыпью значительно меньше, чем в периоде без сыпи (напр., 1121 и 2197 куб. см, Граматчиков). Вычитывая количество вводимой и выводимой воды, можно видеть, что отдача ее кожей, покрытой псориазической сыпью, значительно повышена (напр., на 584 куб. см ежедневно в наблюдениях Граматчикова). Вероятно, perspiratio insensibilis усилена, вследствие расширения сосудов и разрыхления эпителия. Количество выводимого с мо-

ной азота и фосфорной кислоты уменьшено, что указывает на ослабление общего метаморфоза (Грама т ч и к о в). Это совпадает с найденным П е л е м понижением коэффициента окисления, а также с найденным Ч л е н о в ы м понижением щелочности крови. Количество серной кислоты в моче также уменьшено, вероятно, вследствие значительного выделения серы с чешуями (К р а в к о в). Токсичность мочи повышена О г о и М о с с о). По наблюдениям нашей клиники функциональная способность почек (исследование на концентрацию и разведение) понижена (Ш и р я е в).

Иногда при psoriasis является альбуминурия, причем интересно то обстоятельство, что ни эпителия, ни цилиндров, ни вообще форменных элементов при микроскопическом исследовании не обнаруживается, и она проходит бесследно; невольно приходит на мысль предположе-



Рис. 34. Psoriasis cum atrophia cutis.

ние о том, не имеем ли мы и в почках, так же как и в коже, вазомоторного расстройства без существенных повреждений почечной ткани.

Затем, иногда присоединяются заболевания суставов—деформация, похожая на такую же при tabes dorsalis, трофического характера, и в редких случаях атрофия кожи.

Наконец, нередко наблюдаем нервные расстройства в виде резко выраженной нейрастении, истерии и др.

Течение болезни. В течении psoriasis нужно отличать три периода: прогрессивный, стационарный и регрессивный. В первом периоде наблюдается постепенное распространение сыпи, причем увеличивается количество отдельных пятен, и, кроме того, каждое пятно растет по периферии, так что psor. punctata переходит в psor. guttata, этот последний — в psor. nummularis и т. д. Интенсивность распространения сыпи, как сказано выше, бывает различная: в одних случаях она занимает небольшие участки кожи, в других может распространяться на всю поверхность кожи, с головы до пят (psoriasis totalis). Что касается быстроты распространения сыпи, то в большинстве случаев она

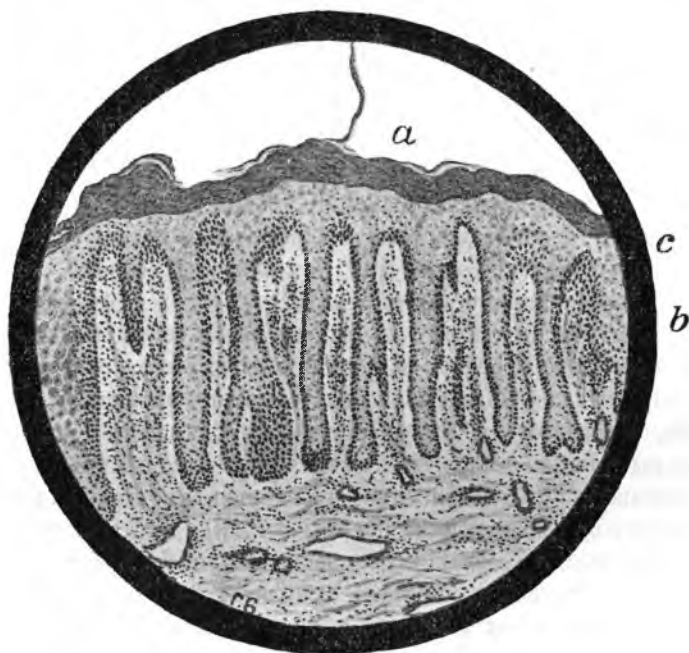


Рис. 35. Psoriasis. *a* — отслаивающийся роговой слой с ядрами (parakeratosis); *b* — сильно удлинненные межсосочковые продолжения эпителия; *c* — атрофированный надсосочковый слой.

бывает незначительной, и высыпание продолжается многие недели; напротив, в некоторых случаях оно идет очень быстро, и в течение нескольких дней — одной недели, а в редких случаях — в течение одной ночи (psoriasis acuta, Поспелов) сыпь занимает всю кожу больного. Последняя форма очень часто сопровождается зудом, иногда довольно сильным, чего не наблюдается при медленном высыпании. В этих же случаях наблюдается и небольшое мокнутие.

Период прогрессивного развития болезни отличается также симптомами раздражения нервной системы: рефлексy кожные, сосуди-

стые, сухожильные обыкновенно повышены, сон и аппетит ослаблены, общее настроение подавленное. В некоторых случаях нервные симптомы доходят до высшей степени: больной бросает свою обычную работу, не будучи в состоянии управлять своими мыслями; бессонница усиливает тяжелое душевное состояние.

По прошествии более или менее продолжительного времени — нескольких недель или месяцев — начинается стационарный период, крайне неопределенной продолжительности (от нескольких месяцев до нескольких лет), в течение которого сыпь не изменяется ни в количестве ни в качестве. Затем, наконец, наступает регрессивный период: чешуи образуются в малом уже количестве, при соскабливании их точечное кровотечение получается с трудом и, наконец, совсем не получается, пятна постепенно бледнеют и исчезают, не оставляя рубцов. Иногда на некоторое время остается пигментация или депигментация. В очень редких случаях развивается атрофическое изменение кожи.

В стационарном и регрессивном периодах болезни симптомы нервного раздражения ослабляются и проходят, а выступают нередко явления ослабления нервно-сосудистой деятельности (слабые сосудодвигательные рефлексy или отсутствие их).

Освободившись от сыпи, больной, однако, к сожалению, не гарантирован от возвратов. Период полного здоровья может продолжаться недели, месяцы, даже годы, но очень часто болезнь снова появляется. Причиной, способствующей возврату болезни, являются разнообразные влияния, выводящие нервную систему из ее нормального состояния, каковы: нравственное потрясение, чрезмерное умственное напряжение (Полотебнов), простуда (Сперанский), а также беременность, кормление грудью, лихорадочные процессы и проч. В другом ряде случаев psoriasis никогда не исчезает совершенно, но постоянно держится на некоторых отдельных участках и, то вспыхивая, то затихая, тянется до конца жизни.

Патологоанатомические изменения. В cutis изменения касаются сосочкового и подсосочкового слоев; в самых молодых пятнах имеется лишь гиперемия, не обнаруживаемая при микроскопическом исследовании; а в развитой сыпи сосочки удлинены, сосуды их расширены и около сосудов замечается небольшая мелкоклеточная инфильтрация. Инфильтрат состоит из лейкоцитов и размножившихся клеток соединительной ткани.

Эластические и соединительнотканые волокна нормальны, но иногда эластические волокна атрофичны. Сосочки отечны и увеличены. В эпителиальном покрове межсосочковые продолжения эпителия удлинены, а эпителиальные покрывки сосочков истончены. В роговом слое, соответственно с изменениями в зернистом (то нормальный, то утолщенный,

то истонченный, то совсем отсутствует), преобладает то гиперкератоз (вообще в старых случаях), то паракератоз (в молодых бляшках). В образовательном слое наблюдается много фигур деления, но в то же время в других клетках, напротив, наблюдаются некротические процессы (ядра утрачивают способность к окраске, вся клетка распадается). Кроме того, в образовательном и роговом слоях замечаются небольшие промежутки, наполненные лимфатической жидкостью и лейкоцитами, которые некоторые авторы неправильно называют милиарными абсцессами, видя в них, между прочим, доказательство воспалительного характера болезни. Нужно думать, что подобные полости являются результатом ослабления жизнедеятельности эпителиальных клеток, вследствие которого понижается внутритканевое давление в известных участках, которые и заполняются лимфой. Иногда наблюдаемое мокнутие при psoriasis зависит, именно, от этих полостей, образовавшихся в значительном количестве.

Кератин псориатических чешуек, по химическому составу и химическим свойствам, несколько отличается от нормального: количество азота в нем уменьшено — 17%, тогда как в кератине нормальной кожи ладоней — 25%; количество серы, наоборот, увеличено до 1,88% вместо 0,74% в кератине ладоней. Таким образом, он приближается к белкам, содержащим 15,4% — 16,5% азота и 0,8% — 2,0% серы. Кератин есть продукт восстановления белка. При psoriasis он представляет продукт менее восстановленный, так как кислорода в нем относительно много (при уменьшении азота). Кроме того, он, в противоположность нормальному, растворяется в слабых растворах щелочей, напр., в 5% едком кали.

Относительно вопроса о взаимном соотношении сосудистых и эпителиальных изменений существует два противоположных взгляда: одни авторы (Ausspitz, Н. v. Hebra, Jamiesson, Haslund и др.) видят начало процесса в эпителии, в количественном и качественном изменении его, а сосудистые изменения считают вторичными, обусловленными давлением разросшегося эпителия на подлежащий сосудистый слой кожи. Другие авторы (F. Hebra, Karosi, Neumann, Rindfleisch, Weil, Kromayer и др.), наоборот, сосудистые изменения считают первичными, а эпителиальные вторичными. При этом некоторые из них приписывают неправильности ороговения лейкоцитам, вышедшим из расширенных сосудов в эпителиальный покров.

Но есть основание считать, что оба процесса, сосудистый и эпителиальный, начинаются одновременно и не состоят в причинной зависимости друг от друга, так как: 1) при клинических, и равно гистологических наблюдениях самых ранних начальных изменений мы всегда уже имеем налицо оба процесса; 2) интенсивность того и другого далеко не всегда идет параллельно; 3) сосудистые расстройства, даже более выраженные, далеко не всегда ведут к нарушению про-

цесса ороговения, напр., при узловатой эритеме, и, наоборот, гораздо большие эпителиальные изменения не всегда обуславливают расстройство кровообращения, напр., при бородавках, кожном роге и проч.

Поэтому нужно полагать, что при псориазисе одновременно нарушается нормальная деятельность сосудистых нервов сосочков и трофических нервов эпителия, что и приводит к одновременному изменению в сосудах и в эпителии.

Распознавание. Psoriasis характеризуется появлением пятен и чешуек, следовательно, его можно смешать с теми болезненными процессами, которые обнаруживают те же признаки. Сюда относятся:

1. *Seborrhoea*, при которой выделение сальных желез сильно увеличено. О *seborrhoea oleosa*, при которой волосы как бы политы жиром, говорить нечего, так как psoriasis, конечно, нельзя смешать с этой формой. Но зато с *seborrh. sicca* иногда очень возможно смешение, ибо здесь жир с отшелушивающимися роговыми клетками откладывается в виде большого количества мелких чешуек на волосистой части головы. Отличительные признаки, которыми нужно руководиться в данном случае, будут следующие: а) при psoriasis мы имеем шелушение и красноту, при *seborrhoea* обыкновенно красноты нет (хотя иногда и при *seborrhoea* может быть незначительное покраснение, вследствие раздражения сосудов соединительнотканых сумок сальных желез); б) *seborrhoea sicca* поражает обыкновенно волосистую часть головы, в других местах является очень редко, psoriasis — наоборот, а любимое место его: локти и колени; в) затем, при *seborrhoea* не вызывается характерного точечного кровотечения; д) *seborrhoea* — процесс разлитой, почти равномерно поражает всю кожу волосистой части головы; psoriasis, напротив, преимущественно процесс гнездный, причем пораженные участки наклонны к периферическому увеличению.

2. Psoriasis может быть смешан с *pityriasis rosacea Жибера*, который проявляется исключительно образованием пятен, покрытых чешуйками. Отличительные признаки: а) образование чешуй при *pityriasis rosacea* самое ничтожное, притом же они появляются лишь через несколько дней; б) *pityriasis rosacea* протекает в течение нескольких недель; при псориазисе, как мы знаем, чешуйки появляются очень быстро, почти одновременно с пятнами; psoriasis — процесс хронический; в) затем, *pityriasis rosacea* не имеет тех излюбленных мест локализации (локти и колени), которые имеет psoriasis; д) наконец, пятна *pityriasis rosacea* не наклонны к периферическому росту, в противоположность пятнам псориазиса.

3. Иногда повод к смешению может дать *herpes tonsurans*, при котором образуются красные шелушащиеся пятна геометрически правильной округлой формы, наклонные, так же как пятна psoriasis'a, к периферическому росту; но здесь шелушение не обильное, количество

пятен редко бывает значительным, при микроскопическом исследовании чешуй легко отыскать паразитов — *trychophyton tonsurans*. Микроскопическое исследование чешуй и волос оказывает нам существенные услуги и в тех случаях, когда диагноз действительно очень труден — при поражении волосистой части головы, причем незначительная краснота кожи с очень обильным шелушением может давать мысль и о псориазисе и о *herpes tonsurans*.

Psoriasis, как известно, очень склонен к распространению, и когда он переходит в *psoriasis universalis*, тогда его можно смешать с различными разлитыми формами кожных страданий, каковы:

4. *Pityriasis rubra Hebrae*, при котором вся кожа красна, очень сильно шелушится, так что вся постель больного наполняется огромным количеством отпавших чешуек, но различие состоит в том, что при этом шелушение больше пластинчатое, чем отрубевидное; далее *psoriasis universalis* все-таки обыкновенно оставляет некоторые участки кожи непораженными, а *pityriasis rubra* в конце концов покрывает сплошь всю кожу; затем, при *psoriasis* кожа несколько инфильтрирована, при *pityriasis rubra* она, напротив, атрофирована, иногда до того, что принимает толщину тончайшей папирсной бумажки, причем эластичность ее очень понижена, и, приподнятая в складку, кожа весьма медленно расправляется. Наконец, легкое получение точечного кровотечения при *psoriasis* дополняет различие.

5. *Dermatitis exfoliativa adultorum* очень походит на *pityriasis rubra*, но с тем отличием, что кожа мало склонна к атрофии. Страдание также поражает всю кожу с головы до пят; кожа шелушится довольно широкими листками; болезнь сопровождается зудом, иногда необычайно сильным. Легко соскабливаемых серебристых чешуй, по соскабливании которых открывалось бы точечное кровотечение, здесь не имеется. Нужно иметь в виду, что *dermatitis exfoliativa* нередко образуется при *psoriasis*, всего чаще после раздражения кожи хризарином.

6. *Lichen ruber*, несмотря на то, что принадлежит к группе папулезных страданий кожи, может быть смешан иногда с *psoriasis*. Папулы при *lichen ruber* бывают плоские и остроконечные, покрытые чешуйками. Когда болезнь существует уже известное время, когда папулки при этом очень маленькие и сливаются в одну сплошную красную поверхность, покрытую чешуйками, тогда мы получаем картину, довольно сходную с распространенным *psoriasis*'ом. Однако, при точном осмотре мы найдем кое-где изолированные папулки *lichen ruber*, при этом и само шелушение при *lichen ruber* иного характера: чешуйки сидят относительно довольно плотно, поэтому при трении мы отделяем небольшое число чешуек, тогда как при *psoriasis* они сыплются в большом количестве.

Причины болезни. Для объяснения причины болезни всего менее имеет вероятия *паразитарная теория*, основывающаяся лишь на факте периферического роста псориатических пятен, напоминающем периферический рост пятен herpes tonsurans и других паразитарных страданий, но, несмотря на многочисленные бактериологические исследования, доселе не представившая никаких существенных данных в свою пользу.

Большее значение имеет *токсическая теория*, ставящая псориазис в связь с артритизмом на основании нередко наблюдающегося одновременного поражения суставов, начиная с самых легких форм, выражающихся лишь незначительными болями, до глубоких анатомических изменений в них, включая arthritis deformans. Когда улучшаются и проходят артриты, улучшается и проходит псориазис. Эту теорию особенно популяризовал французский дерматолог Базен (1807—1878), у нас в России ее развил А. И. Поспелов и доселе ее поддерживают многие авторы.

Еще большее значение имеет *нервная теория*, в пользу которой говорят следующие факты. Во-первых, в анамнезе больных мы нередко наталкиваемся на тот факт, что psoriasis болезнь наследственная. Правда, еще Ф. Гебра, наблюдавший более 2000 псориатиков, не отрицал этого, предполагая, что psoriasis в некоторых семействах представляет собою обычную болезнь, переходящую от родителей к детям. Но новейшие исследования показали, что, кроме такой узкой наследственности, наблюдается и более широкая: в целом ряде случаев имеется наследственность вообще к кожным страданиям, каковы ichthyosis, prurigo, psoriasis, причем один член семьи имеет ichthyosis, другой prurigo, третий psoriasis и проч.; наконец, нередко наблюдается еще более широкая наследственность, нервно-психическая, причем различные члены семейства страдают то нервными болезнями, то душевными, то, наконец, кожными, и в том числе нередко псориазисом.

Далее, отмечено многими наблюдателями, что псориатическая сыпь иногда появляется у больного вслед за сильными нравственными потрясениями. Наш клинический материал, в огромном большинстве случаев состоящий из лиц, принадлежащих к необеспеченным слоям населения, не останавливающих внимания на ряде крупных фактов своей личной жизни, представляет сравнительно мало благоприятных условий для подобных наблюдений, но среди интеллигентного общества мы наталкиваемся довольно часто на такие факты, что впервые псориатическая сыпь появилась после смерти жены, ребенка, отца, матери, вслед за расстройством материального положения, после резких неудач в служебной и общественной деятельности, после тяжелых судебных процессов, заключения в тюрьму и т. п. В одном случае Брока одна дама отправилась в театр, оставив маленького ребенка

на попечение няни. Возвратившись домой, она нашла ребенка мертвым, так как нянька приспала его. Через сутки у нее появился psoriasis, который в течение двух дней занял всю поверхность кожи. Я наблюдал первую сыпь псориазиса у кондуктора, появившуюся после тяжелых переживаний в поезде, уходившем под выстрелами неприятеля (1914 г.). Далее, у людей, занятых тяжелым умственным трудом, очень нередко сыпь появляется после сильного умственного переутомления. Травма нервной системы также способна вызывать псориазис: в германскую войну мы наблюдали случаи псориазиса после контузии артиллерийскими снарядами.

Иногда совместно с псориазисом наблюдаются различные нервные расстройства, которые трудно подвести под какую-либо определенную схему. Чаще они приближаются к ней растению. Как пример, приведу следующий случай. Больной 42 л., в детстве страдал ревматизмом, так что ходил на костылях; занимался онанизмом, заикается с детства; поседел с 20-летнего возраста. Яички малы, мягки, болезненны при давлении. Эрекции всегда были слабы, а последнее время совсем отсутствуют. Распространенный псориазис 10 лет, то улучшается, то ухудшается. Перед началом ухудшения все пушковые волосы выпадают, с улучшением процесса снова отрастают. Перед высыпанием ощущает уколы в коже и через 1—2 дня на этих именно местах появляются красные шелушащиеся точки (psoriasis punctata).

Наконец, случаи одностороннего расположения псориазиса говорят в пользу нервного происхождения его.

Алкоголизм, сифилис, инфекционные болезни, как, напр., болотная лихорадка, тиф, скарлатина и др., ослабляя организм и в частности нервную систему, могут обуславливать высыпания psoriasis'a.

С точки зрения нервной теории на псориазис нужно смотреть, как на сосудисто-секреторный невроз, обусловленный поражением сосудистых и секреторных нервов (прекращение пото- и жиросотделения и аномалия образования кератина, которое также можно считать секреторным процессом). Нужно думать, что в большинстве случаев дело идет о функциональном расстройстве нервной системы, но в других случаях, особенно с очень распространенными и стойкими изменениями кожи, упорно сопротивляющимися лечению и быстро и часто рецидивирующими, нужно предполагать органические расстройства в нервной системе. Последние, действительно, и были найдены в форме myelitis и neuritis interstitialis (Ого и Mosco) и склеротических бляшек в сером веществе спинного мозга (Jarisch).

Наконец, существует *эндокринная теория*, в пользу которой говорят случаи излечения псориазиса препаратами щитовидной железы.

Лечение болезни. При лечении псориазиса нужно принять во внимание следующие факты и соображения.

Болезнь представляет отклонение в процессе ороговения, сопровождающееся частичным некрозом клеток надкожицы. Несмотря на увеличенное число митозов, все же нельзя считать покровный эпителий кожи нормально жизнедеятельным. Клетки, хотя и обильно размножающиеся, не вырабатывают, однако, нормальных продуктов ороговения, так как зернистый слой часто отсутствует, а роговой слой рыхлый, и кератин его ненормальный. Поэтому задача лечения должна состоять в исправлении ороговения, в укреплении и поднятии жизнедеятельности покровного эпителия (как говорилось выше, на процесс образования кератина должно смотреть, как на процесс секреторный).

Кроме того, мы видели, что в пораженной псориазисом коже прекращается деятельность потовых и сальных желез, что во всяком случае не может остаться без влияния на сыпь; следовательно, требуются средства, усиливающие потоотделение и жиросотделение. Кстати, здесь же заметим, что участки кожи, вообще сильно потеющие, мало поражаются сыпью (подмышечные впадины и др.). Точно так же наблюдения показывают, что жаркий сезон года неблагоприятен для псориазиса, холодный наоборот.

Равным образом требуются средства, возбуждающие парализованные сосуды и волосковые мышцы.

Далее, мы говорили, что местная температура пораженных участков понижена, что указывает на пониженный обмен веществ в этих участках. Но мало того, мы видим также, что и общая температура тела у псориазиков ниже нормы. Все это указывает на общее ослабление обмена веществ. Поэтому требуются средства, повышающие обмен веществ.

Общедействующие средства. Укрепляющие. На первом плане стоит мышьяк. Последний имеет особенное отношение к процессу ороговения и к роговым образованиям. Так, его находят у животных в сравнительно больших количествах именно в коже, волосах и рогах. Им пользуются сельские хозяева для улучшения шерсти животных. При хроническом отравлении мышьяк вызывает кожные изменения, именно: увеличение пигмента в коже (*hyperpigmentatio*) и увеличение рогового слоя (*hyperkeratosis*). Клинические наблюдения указывают на благоприятное влияние мышьяка при неправильностях ороговения, как-то: при *onychitis trophoneurotica*, *psorospermia follicularis Darier*, *acanthosis nigricans* и др., и в том числе при *psoriasis*.

Кроме того, мышьяк влияет укрепляющим образом на нервную ткань, что должно иметь большое значение при *psoriasis*'е, обусловленном расстройством деятельности нервной системы.

Лечение мышьяком должно быть продолжительным и повторным.

Средства сосудосуживающие показаны в случаях чешуйчатого лишая, соединенного с красным дермографизмом. Нужно иметь в виду, что кожа, представляющая красный дермографизм, служит

благоприятной почвой для псориазиса, причем на местах раздражения (мушка и проч.) получается псориагическая сыпь. Поэтому в этих случаях в прогрессирующей стадии болезни, до назначения мыльяка, мы употребляем в течение 2—3—4 недель эрготин, маточные рожки, адреналин.

Средства, сосудо-расширяющие показаны при белом дермографизме. Практика показывает, что в то время как красный дермографизм способствует увеличению сыпи, белый дермографизм противодействует излечению ее. Старые бляшки псориазиса уступают летнему лечению теплыми ваннами, причем в коже можно наблюдать явления красного дермографизма, но они возвращаются зимой, когда в коже наблюдается белый дермографизм. Поэтому в указанных случаях можно применять аспирин, салициловокислый натр и др., хотя всего надежнее нижеуказанное лечение теплом.

Средства, повышающие общий обмен веществ. Сюда относятся теплые водные ванны, простые и минеральные, паровые и суховоздушные ванны, щелочные воды внутрь, курортное лечение на серных и щелочных водах и на грязях (Пятигорск, Ессентуки, Лиманы).

Потогонные средства. Они входят в только что указанную группу. Кроме того, при здоровом сердце можно применять пилокарпин по 0,01 на впрыскивание.

Местное лечение имеет большое значение. Вообще оно требует средств разрешающих и возбуждающих эпителиальные клетки эпидермиса. Сюда относятся: Мыльные размывания. Ежедневно хорошо намыленным куском фланели или намыленной щеткой сильно растирают пораженные участки до вызывания точечного кровотечения. Это удобнее делать в ванне, но отдельные места можно обмывать и при умывании. Можно брать любой сорт мыла, даже бельевое. Сильнее действует зеленое мыло (*sapo viridis*) и мыльный спирт. После размывания обсушивают кожу и густо смазывают *unguento diaschylon*, присыпая ее цудрой.

Rp. Spiriti saponati kalini Hebrae 500,0, spiriti lavandulae 50,0 M.
D. S. Для размывания.

Мыльным размыванием достигаются многие цели: расширяются сосуды, ускоряется кровообращение и тем повышается ослабленный обмен веществ в пораженной коже, что ведет к всасыванию инфильтрата. В эпидермисе удаляются все измененные элементы: роговые чешуи с неполным ороговением, некротические участки и милиарные абсцессы; остающиеся здоровые клетки образовательного слоя раздражаются, что усиливает их жизнедеятельность и способность к выработке нормального кератина. Под влиянием мыльных размываний нарастание чешуй постепенно уменьшается, пятна бледнеют и кожа оздоравливается.

Согревающие компрессы употребляются на плотные, инфильтрированные бляшки, чаще на локтях и коленях. Само собой разумеется, что компрессы должны быть положены *lege artis* (мокрая холщевая ткань, сложенная в 3—4 ряда, клеенка, вата, бинт) на ночь, но лучше и днем (меняется через 8, самое большее через 12 часов.).

Пары воды, скопляющиеся под компрессом, мацерируют чешуи, но главное, — теплота вызывает гиперемию и тем способствует всасыванию инфильтрата. Под влиянием этого простого лечения нередко многолетние бляшки проходят в течение нескольких недель.

Водяные теплые ванны 35° — 37° — 38° Ц продолжительностью в 15 мин. делаются ежедневно или через день. В ванне же производится мыльное размывание. После ванны рекомендуется лечь в постель и хорошо укрыться одеялами, чтобы способствовать потению.

Этим средством достигается, кроме повышения общего обмена, мацерация чешуек, гиперемия пораженных участков, повышение местной температуры и возбуждение потовых нервов.

В том же направлении действуют паровые ванны, общие и местные, 50° Ц, продолжительностью 15—30 мин., горячие суховоздушные, общие и местные 60° — 70° Ц, электросветовые, общие и местные, 37° — 60° Ц, продолжительностью 30—45 мин. Наиболее сильными в отношении потоотделения нужно считать сухие горячевоздушные ванны и электросветовые. Тотчас после ванны легко видеть, что псориазические бляшки совершенно не потеют, в то время как окружающая здоровая кожа обильно покрыта каплями пота.

С улучшением сыпи повсюду начинают показываться капельки пота и жиротделение и на пораженных местах, и, наконец, места оздоровевшие потеют и выделяют жир также, как и вся здоровая кожа. Температура на излечивающихся бляшках повышается.

Что касается местных горячих, суховоздушных и электросветовых ванн для конечностей, то нужно иметь в виду, что при них действие тепла не ограничивается одними конечностями, но распространяется на всю кожу, и температура в подмышечных впадинах поднимается на 1° Ц и более. Отдельные небольшие бляшки псориаза можно лечить присасывающими банками Бира, вызывающими также гиперемию. Ежедневно ставятся банки на 10 минут.

Массаж, в практике мало еще применяемый, по нашим наблюдениям, должен быть причислен к наиболее действительным средствам при псориазе. Теоретическим основанием служат следующие факты: 1) Трение вообще возбуждает деятельность клеток эпидермиса и способствует процессу ороговения, как это видно по образованию мозолей на участках кожи, подвергающихся трению. 2) В опытах на животных (Теребинский) при трении кожи обнаруживается увеличение количества митозов в покровном эпителии. 3) Гистологическое исследование

дование кожи, раздражаемой чесанием при зуде, указывает на гипертрофию эпителиального покрова. Так как при псориазе страдает жизнедеятельность покровного эпителия, то естественно думать, что массаж должен оказывать благоприятное действие при этом страдании. Клинические наблюдения вполне подтверждают это: псориазные бляшки сравнительно скоро начинают атрофироваться при массаже. 4) Наконец, массаж возбуждает парализованные сосуды и волосяные мышцы.

Приемы массажа: поглаживание, разминание и массаж-растяжение кожи.

Кроме указанных физических средств, с успехом применяются многие химические вещества, относящиеся к группе восстанавливающих, кератопластических средств. По мнению Унны, выделившего указанную группу лечебных средств, эти последние, отнимая кислород от ткани и тем способствуя процессу восстановления, помогают эпидермису вырабатывать нормальный кератин — вещество с меньшим содержанием кислорода, чем кератин при неправильности ороговения, как в псориазных чешуях. Не входя в подробный разбор этого мнения, мы укажем лишь на то, что вызываемая этими веществами гиперемия также играет большое значение, как увидим из дальнейшего. Вещества эти следующие:

Chrysarobinum, желтый мелко-кристаллический порошок, получаемый из бразильского дерева *Andora agaroba*, растворяющийся в хлороформе и эфире. Наилучший способ применения — 10% раствор его в травматине.¹ Менее удобна 10% мазь с вазелином. *Rp. Solut. chrysarobini 10% in traumaticino 30,0. D. S. Для смазывания.*

Этим раствором смазывают ежедневно пораженные участки, причем образуется пленка, не пачкающая белья. Можно еще сверху смазать чистым травматином. В щелочной реакции хризаробин поглощает кислород и переходит в хризофановую кислоту темно-красного цвета. Поэтому, смазанная хризаробином кожа принимает красно-бурую или фиолетовую окраску. Замечено, что в тех случаях, когда смазанная кожа остается желтой, очевидно, при отсутствии щелочной реакции кожи, лечение остается без результата.

Нужно думать, что самый переход хризаробина в хризофановую кислоту имеет лечебное значение. Чтобы способствовать этому окислению, прибегают к одновременным мыльным обмываниям, доставляющим щелочную реакцию коже. С той же целью можно брать мазь с хризаробином (20%) и зеленым мылом (20%).

Что хризаробин вызывает гиперемию, это доказывается не только гистологическими исследованиями, но и клиническими, так как нередко можно отчетливо видеть гиперемизированный ободок около пленки хри-

¹ Раствор 1 части гуттаперчи в 6 частях хлороформа.

заробина. Еще доказательнее в этом отношении осложнения, нередко вызываемые хризаробином, в форме распространенной эритемы, почему его и не употребляют на кожу лица, во избежание конъюнктивита. Что вызываемая хризаробином гиперемия имеет лечебное действие, на это указывает то обстоятельство, что те смазанные бляшки, около которых образуется гиперемизированный ободок, излечиваются скорее. Точно так же благоприятно действует на сыпь сама по себе нежелательная эритема от хризаробина, причем всасываются даже бляшки, не смазанные хризаробином, но до которых дошла эритема.

Acidum pyrogallicum, производное бензола $[C_6H_3(OH)_3]$ имеет вид белых игол или табличек, растворимых в воде, спирте и эфире. Обладает сильной восстанавливающей способностью. Щелочные растворы ее на воздухе буреют, вследствие поглощения кислорода. Употребляется в виде мази 5 — 10%.

Rp. Acidi pyrogallici 1,5, lanolini, vaselini aa 15,0. M. D. S. Мазь.

Лечебное действие ее также можно объяснить кератопластическим действием и вызываемой ею гиперемией. Пирогалловая кислота реже вызывает эритему, но она опасна в смысле общего отравления (рвота, падение температуры, учащение пульса и дыхания, отёк легких, темное окрашивание мочи, гемоглобинурия).

Деготь, *oleum rusci* (березовый), *ol. fagi* (буковый), *ol. cadinum* (можжевельный), *pix liquida* (сосновый) *ol. lithantracis* (каменноугольный), *empyreolum album* (обесцвеченный деготь, предложенный Поспеловым), втирается в пораженные места кистью или щеткой, *per se* или в мази 25 — 50%. Нередко соединяют втирания дегтя щеткой с последующей ванной. Действие его вообще слабее вышеприведенных средств. Осложнение состоит в образовании аспе и эритемы, а при втирании в большие поверхности может быть общее отравление, выражающееся выделением белка с мочой, которая принимает оливковый цвет.

В последние годы с большим успехом применяются лучи Рентгена в малых дозах: $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ эритемной дозы; если нужно, через две недели повторяется такая же доза. В нашей клинике в 1925 году было пользовано Рентгеном 43 псориастика. При W. 8 давалось $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ E. D. с повторением через 2 недели, а при толстых бляхах $\frac{3}{4}$ — 1 E. D., с одномиллиметровым фильтром из алюминия, при W. 10, также с повторением через 2 недели. После первого же сеанса обыкновенно сыпь бледнела, шелушение и инфильтрация уменьшались. После второго сеанса в одних случаях наступало полное излечение, но в других для этого требовался еще третий сеанс. Само собою разумеется, что рентгенотерапия не гарантировала от возвратов болезни.¹

¹ Хаспеков. Цит. выше.

Лечение на минеральных водах (серные в Пятигорске, Буске) дает хорошие результаты: огромные бляшки, в ладонь и больше, исчезают совершенно. То же нужно сказать о солнечных ваннах.

По излечении сыпи необходимо позаботиться о предупреждении возвратов, хотя, правда, мы не имеем для этого надежных средств и не можем с уверенностью сказать, что болезнь не возвратится. Но, на основании данных этиологии и течения псориаза, мы должны позаботиться о том, чтобы поставить организм в условия наилучшего благоденствия, сообразно с каждым случаем в отдельности. Правильный образ жизни, хорошее летнее местопребывание, минеральные воды, море, гидротерапия, солнечные ванны могут при этом найти свое рациональное применение.

Parapsoriasis.

Под парапсориазом разумеют страдание кожи, подобное псориазу, но отличающееся от последнего меньшим количеством чешуй и частым отсутствием характерного точечного кровотечения. Отличают *parapsoriasis en plaques* — большие, 2 — 6 см в диаметре, красноватые, мало или совсем шелушащиеся, округлого очертания сливающиеся пятна; *parapsoriasis en gouttes* — небольшие, величиною с кашлю, красноватые слегка шелушащиеся пятна, и *parapsoriasis lichenoides* — нечто среднее между *lichen ruber planus* и *psoriasis* — маленькие, с булавочную головку, плоские, блестящие папулы, напоминающие abortирующие папулы *lichen ruber planus*, только более красного цвета, сливающиеся, часто слегка шелушащиеся. Шелушение вообще при *parapsoriasis* небольшое, мало заметное, но при соскабливании дающее иногда перламутровый вид. Шелуха почти не слоистая, плотно сращенная с подлежащими частями. Иногда, впрочем, бывает слоистой, напоминая облатки.

Патологическая анатомия. Сосуды сосочков расширены и окружены круглоклеточным инфильтратом. Сосочки уплощены и даже местами исчезают (при *psoriasis* сосочки увеличены). В верхних частях дермы и в эпидермисе — отечность. Образовательный слой эпидермиса уменьшен (при *psoriasis* увеличен), межклеточные промежутки увеличены. Зернистый слой местами отсутствует, стекловидного нет. Ядра в роговом слое отсутствуют, исключая участков, на которых нет зернистого слоя.

Страдание отличается медленностью развития, продолжительностью течения и поверхностностью процесса, который состоит в красноте и пситриазическом шелушении, иногда даже отсутствующем. Зуда почти не бывает.

Этиология неизвестна. В некоторых случаях устанавливается связь с туберкулезом.¹

¹ Гаврилов. Р. В. Д., 1926 г., стр. 340.

Лечение состоит в применении мытья и местных сосудорасширяющих средств, каковы: мыльные размывания и мази с хризарином (1 : 10) и салициловой кислотой (1 : 40).

Розовый лишай.

(*Pityriasis rosea* Gibert.)

Страдание характеризуется высыпанием розово-красных пятен, величиною в $\frac{1}{2}$ см в диаметре или более, через 1 — 2 дня покрывающихся ничтожным количеством плотно держащихся чешуек. Иногда пятна



едва-едва выстоят над уровнем кожи. Нередко центральная часть пятна слегка понижена и менее красная, а периферическая возвышенная и более красная.

Высыпание начинается всего чаще с шеи или верхней части груди и распространяется рассеянными пятнами на все туловище, верхние конечности и лишь отчасти нижние.

Нередко общему распространению высыпанию предшествует за 4—5 дней образование «первичного» одиночного (редко 2—3), большого, в несколько сантиметров в диаметре, округлого красного пятна (медальона),

Рис. 36. *Pityriasis rosea*.

слегка шелушащегося, с возвышенными краями и пониженным центром. Сыпь обыкновенно не сопровождается субъективными ощущениями. Но иногда бывает общий зуд и в некоторых случаях очень сильный.

При измерении местной температуры пятен кожным термометром мы нашли понижение температуры по сравнению с соседней кожей, что особенно заставило нас выделить это страдание из экссудативной эритемы, к которой, вместе со многими авторами, мы доселе относили его. На пятнах, как показывают наблюдения нашей клиники, нет ни пототделения, ни салоотделения.

Течение болезни в среднем 6—8 недель, иногда затягивается на несколько месяцев вследствие появляющихся все новых высыпаний.

Патологическая анатомия. В сосочках и в подсосочковом слое расширение сосудов, круглоклеточная инфильтрация и отечность. В Мальпигиевом слое акантозис и отечность с образованием микроскопических пузырьков, содержащих лейкоциты, что заставляет Saboureaud относить страдание к *erythema exsudativum polymorphum vesiculosum*. В роговом слое паракератоз (в клетках содержатся ядра).

Распознавание. Округлые пятна, с некоторой склонностью к периферическому росту, возвышенные на периферии и пониженные в центре, шелушащиеся, представляют сходство с пятнами *herpes tonsurans*. Венская школа считала страдание за *herpes tonsurans universalis maculosus*. Однако, чешуйки никогда не содержат грибов *trichophyton tonsurans*. Это исследование на грибки решает вопрос. Можно считать болезнь за *erythema exsudativum multifforme maculatum*, тем более, что течение такое же циклическое, как и при инфекционной эритеме. Но своеобразность сыпи, при указанном выше понижении местной температуры, что не наблюдается при эритеме, заставляет выделить это страдание в особую форму. От *roseola syphilitica* отличается шелушением, тогда как *roseola syph.* никогда не шелушится. Красные шелушащиеся пятна походят на *psoriasis*, но шелушение ничтожное, и чешуйки сидят плотно; излюбленные места для *psoriasis* — локти и колени — поражаются редко. Однако, мы должны сказать, что по понижению местной температуры, по отсутствию пото- и салоотделения *pityriasis rosea* приближается к *psoriasis*, при котором также местная температура понижена и нет пото- и салоотделения.

Лечение состоит в применении индифферентных мазей (*ung. Wilsonii*) и присыпок (*amylum triticum*, *zincum oxydatum aa*) и внутрь хинина (0,3 два раза в день). Также в виду понижения местной температуры и упадка деятельности желез и в виду паракератоза (шелушение) показаны средства, возбуждающие, сосудорасширяющие и кератопластические, как-то: фарадический ток, втирания *ung. Wilsonii*. Также применяются лучи Рентгена: W. 7—8, $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ E. D., с повторением через 2 недели.

Красный лишай.

(*Lichen ruber.*)

Lichen ruber представляет страдание, выражающееся одним первичным морфологическим элементом — папулой.

По свойству папул отличают две формы: *lichen ruber acuminatus* (*pityriasis rubra pilaris* французских авторов) и *lichen ruber planus*. Иногда они встречаются у одного и того же больного.

Lichen ruber acuminatus характеризуется папулками величиною с просяное зерно, яркокрасного или темнокрасного цвета, конической формы, покрытыми плотно сидящими беловатыми чешуйками на верхушках, часто прободаемыми волосом, зудящими в большей или меньшей степени. Сначала расположенные изолированно, они сливаются в большие поверхности, которые представляются шероховатыми наощупь, напоминая поверхность терки, и покрытыми беловатыми, плотно сидящими чешуйками.

При малом развитии папул, когда они почти не возвышаются над уровнем кожи, получаются красные шелушащиеся пятна и лишь по периферии или в других местах можно найти типические папулы.

В тех случаях, когда *lichen ruber acuminatus* занимает большие поверхности на участках кожи с толстым эпидермоидальным покровом, на ладонях и подошвах, папулки также не выдаются над поверхностью кожи, а вся пораженная кожа представляется красной, с резко выраженными сосочковыми параллельными бороздками, с пониженной эластичностью, так что сделанная складка выправляется очень медленно.

При значительном распространении процесса и при долгом существовании его кожа сплошь инфильтрируется, утрачивает эластичность, и на местах сгибов на ней образуются болезненные трещины.

Папулы *lichen ruber acuminatus* высыпают как на туловище, так и на конечностях (особенно любят разгибательные поверхности пальцев рук), а в некоторых редких случаях они могут покрывать всю кожу больного, включая лицо, ладони и подошвы (*lichen ruber acuminatus universalis*). При этом вся кожа представляется красной, покрытой плотно сидящими чешуйками, шероховатой там, где папулы выдаются на поверхности, и гладкой там, где они скрываются под толстым эпидермоидальным покровом или атрофируются. Впрочем, и в этих последних участках замечается некоторая шероховатость кожи вследствие резкой выраженности нормальных складок и бороздок кожи (треугольные и ромбические поля кожи). На лице, вследствие стягивания кожи, может образоваться выворот век.

Папула *lichen ruber acuminatus*, раз образовавшись, не увеличивается, и поражение больших участков происходит только вследствие высыпания новых подобных папул.

Патолого-анатомические изменения. В волосяных воронках вокруг волоса роговые конусы. Зернистый слой иногда утолщен, образовательный то утолщен, то утончен. В сосочках круглоклеточная инфильтрация.

Lichen ruber planus (рис. 37, 38) характеризуется плоскими папулками от конопляного зерна до чечевицы, бледно-красного и синева-красного цвета, с гладкой, блестящей, как бы полированной

поверхностью, нередко с центральным углублением (отверстие железы). Весьма часто контуры папул представляются многоугольными.

Папулы сидят то одиночно, разбросанно, то скучиваются, и иногда так тесно, что образуют значительную сплошную поверхность красноватого цвета, слегка возвышающуюся над окружающей кожей. Такой вид сыпи затрудняет распознавание, которому помогает нахождение по соседству изолированных характерных папулок.

Иногда папулы, одиночные или слившиеся, располагаются линейно на большем или меньшем протяжении — *lichen ruber planus linearis*. У одного больного я видел длинную полосу папул вдоль задней поверхности бедра и голени, у другого — по длиннику предплечья. Более короткие полосы иногда можно наблюдать на местах расчесов. Иногда папулы образуют кольца — *lichen ruber planus annularis*.

Такова картина развитой сыпи. Но в начальной стадии маленькие, менее булавочной головки, папулки едва заметны при самом тщательном осмотре. Они едва возвышаются над уровнем окружающей кожи, по цвету сходны с нормальной кожей и делаются заметными лишь при боковом освещении. Затем они увеличиваются до $\frac{1}{2}$ — 1 см в диаметре и делаются красноватыми; как сказано выше, они часто сливаются между собой, причем вся поверхность иногда получает вид мозаики. Молодые маленькие папулы гладкие и блестящие, большие старые покрываются плотно сидящими чешуйками.

В последовательном течении папулы нередко изменяются в своем виде, вследствие присоединяющихся изменений в эпителиальном покрове, и тогда получается одна из нижеследующих форм:

Lichen ruber planus obtusus, когда блестящий вид поверхности маскируется вследствие отложения роговых чешуек, то в форме серовато-беловатых мельчайших точек, то серовато-беловатой сетки.

Lichen ruber planus corneus — с сильно развитым роговым покровом.

Lichen ruber planus verrucosus — также с утолщением рогового покрова, но в то же время и с разрастанием сосочков, так что папула напоминает ноздреватую поверхность бородавки.



Рис. 37. *Lichen ruber planus*.

Lichen ruber planus pemphigoides — с образованием пузырьков на вершшке папул.

Lichen ruber planus atrophicans — с большой склонностью к атрофии, причем на месте папул остаются белесоватые пятна с морщинистой поверхностью.

Lichen nitidus, описанный Пинкусом (Pincus) в 1908 г., представляет очень маленькие едва возвышающиеся папуллы, с блестящей перламутровидной поверхностью, при скучивании папул образ-

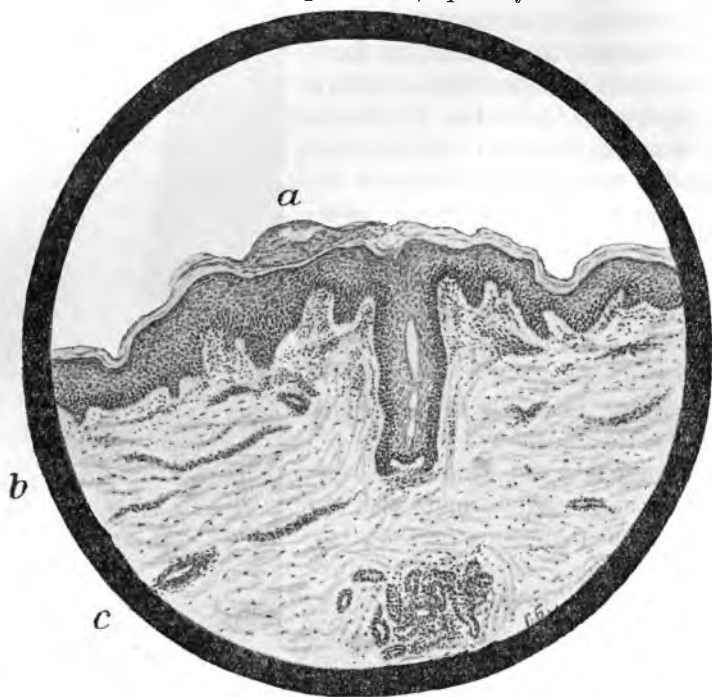


Рис. 38. *Lichen ruber planus pemphigoides*. *a* — пузырек, *b* — инфильтрация, *c* — сосуд с утолщенными стенками.

зующей мозаику. Зуд небольшой или совсем отсутствует. При гистологическом исследовании в инфильтрате находят гигантские клетки. Страдание выделяют из группы *lichen* и относят к туберкулидам (*tuberculide licheniforme*). Однако, отличие *lichen nitidi* от *lichen ruber planus* незначительное: папулы его меньше, не имеют центрального вдавления и когда сливаются, не утрачивают индивидуальности и не сливаются в сплошную поверхность, как то бывает при *lichen ruber planus*.

Температура пораженных участков при *lichen ruber planus* ниже соседней здоровой кожи на 0,1 — 1°С.¹

¹ В. Н. Космалис. Цит. выше.

Патолого-анатомические изменения. В сосочках и в подсосочковом слое имеется инфильтрат в окружности сосудов, состоящий из мелких одноядерных клеток и *mastzellen*, наиболее выраженный в окружности волос, что ведет к атрофии их; в инфильтрате иногда попадаются гигантские клетки. Сосочки резко удлинены при *lichen ruber planus verrucosus*, как при настоящих *verrucae*. Стенки сосудов инфильтрированы и утолщены. Роговой слой утолщен и содержит много ядер. Особенно сильно он утолщен при *lichen ruber verrucosus* и еще больше — при *lichen ruber planus corneus*. Образовательный и зернистый слой утолщены; при *lichen ruber planus pemphigoides* в них образуются пузырьки.

Поражение слизистых оболочек. Папулы *lichen ruber acuminatus* и *planus* могут развиваться и на слизистой полости рта: щек, языка (спинка и бока), губ, твердого и мягкого нёба, язычка, десен, миндалин. Также бывают иногда в гортани, в отверстии уретры и в самой уретре, в заднем проходе. По Поспелову, не исключается и слизистая кишек (в одном случае сопровождавший сыпь катар кишек прошел при употреблении мышьяка).

В наблюдавшемся в нашей клинике случае папулы *lichen ruber* помещались на слизистой носа, губ, щек, твердого нёба, миндалин, зева, гортани и даже конъюнктивы.¹

Папулы на слизистых оболочках вообще представляются в форме папулок, а при слиянии их — в виде бляшек с фестончатыми краями различного вида: серовато-беловатых, серебристо-блестящих, матово-белых, бледно-розовых, фиолетовых. На ощупь они довольно плотные.

Ногти делаются тусклыми, желтовато-бурыми, хрупкими. Волосы иногда редеют.

Течение болезни. Папулы *lichen ruber acuminatus* и *planus* отличаются большою стойкостью; они могут существовать месяцы и годы, не подвергаясь никаким регрессивным изменениям, кроме небольшого шелушения на поверхности. Атрофируясь по прошествии долгого периода времени, они оставляют после себя пигментацию и атрофические едва заметные рубчики. Пигментацию нельзя объяснить, как некоторые думают, влиянием принимаемого мышьяка, так как она бывает и у лиц, не получавших мышьяка; последний может разве усиливать ее.

Течение болезни, предоставленной самой себе, очень хроническое. Вначале мало заметное страдание, занимающее какой-либо ограниченный участок кожи и самое большее, беспокоящее больного небольшим зудом, *lichen ruber*, при распространении на большие поверхности, осо-

¹ П. В. Кожевников. *Lichen ruber acuminatus* с распространенным поражением слизистых. «Русский вестник дерматологии». 1925, т. III, № 6.

бенно на подошвы и ладони, причиняет уже значительное беспокойство не только сильным, иной раз нестерпимым зудом, но также и болезненными трещинами, легко образующимися в коже, потерявшей свою эластичность. Но самое главное, что придает болезни огромное значение, это прогрессирующее истощение, которое, как указывает Ф. Гебра, приводит оставленного без соответствующего лечения больного к смерти.

Распознавание. *Lichen ruber acuminatus* нужно отличать от следующих болезней:

Папулки *lichen pilaris* почти исключительно состоят из роговых чешуек в окружности волос. Любимое место — разгибательные поверхности конечностей, особенно локтей.

Папулки *lichen scrofulosorum* бледно-желтоватого цвета, почти исключительно располагаются на туловище.

Папулки *милиарного сифилиса* обыкновенно различной величины, от милиарных до лентикулярных. Цвет их часто медно-красный. Нередко располагаются в форме кольца или полукольца, сопровождаются другими явлениями сифилиса и в том числе положительной реакцией Вассермана в крови.

Lichen ruber acuminatus universalis можно смешать с *psoriasis universalis*. Но при первом шелушение менее обильное, чешуйки сидят плотно, и кое-где можно отыскать характерные папулки.

Lichen ruber planus можно смешать с *сифилитическими лентикулярными папулами*, особенно если папулы *lichen ruber planus* располагаются на головке члена, вокруг заднего прохода, но *lichen ruber planus* отличается зудом и своими очень плоскими многоугольными папулами с блестящей поверхностью (молодые) и центральным углублением, равно и отсутствием мокнутия.

Причину *lichen ruber acuminatus* и *planus* видят в первичном заболевании нервной системы — органическом, как напр., *sclerose en plaques*, *синдромом*, или функциональном, как *неврастения*, *истерия*. На эту причину указывает ряд клинических фактов, говорящих о совпадении *lichen ruber* с означенными нервными страданиями, из которых функциональные часто проходят вместе с исчезновением сыпи, а также наблюдаемые иногда: расположение сыпи на одной половине тела и по ходу определенных нервов, появление сыпи после нравственных и физических потрясений и нервно-психическая наследственность больных.

Приведем несколько примеров из практики.

Lichen ruber acuminatus: 1) Развивается у офицера после контузии и ранения. 2) У больной 43 лет сыпь сопровождается целым рядом тяжелых нервных ощущений: кожа головы одеревенелая, стянута; внутри черепа какие-то тяжелые ощущения; в сердце ощущение

пустого места и проч. Больная страдает от этих тяжелых ощущений и не спит ночи; исхудавшая. Под влиянием мышьяковой терапии, вместе с постепенным уменьшением сыпи шло улучшение самочувствия и уменьшение ненормальных ощущений; восстановился сон, больная пополнила. *Lichen ruber planus*: 1) У больного 15-ти лет вместе с сыпью развилась крайне повышенная чувствительность кожи: ощущение щекотки вызывается малейшим прикосновением, даже белья, и больной может уснуть не иначе, как снявши рубашку; зуд, подергивания лба, носа, век. Под влиянием мышьяковой терапии постепенно проходили сыпь и нервные явления. 2) *Lichen ruber planus* у двух сестер. Одна из них, 19 лет, представляет явления инфантилизма (малый рост, малый вес), очень слабая, крайне чувствительна к самому ничтожному фарадическому току; при малейшем волнении появляется зуд. Под влиянием мышьяка сыпь, зуд и слабость уменьшились, больная получила бодрость.

Lichen ruber acuminatus некоторые авторы ставят в связь с туберкулезом.

Лечение *lichen ruber acuminatus* и *planus* состоит в употреблении противонервных и укрепляющих средств. Мышьяк в восходящих дозах и в течение продолжительного времени (2 — 3 — 4 месяца) представляет наилучшее средство; ни при какой другой кожной болезни он не проявляет такого сильного действия.

Однако, необходимо заметить, что в одних случаях мышьяк действует быстро, так что в течение 2 — 3 недель заметно уменьшаются сыпь и зуд, в других же его действие очень медленное. У одной из моих больных с *lichen ruber planus*, по прошествии двух месяцев, после 60 впрыскиваний 1% раствора *natri arsenicici* по 1 куб. см ежедневно, не наступило ни малейшего улучшения, так что я намеревался уже отказаться от мышьяка, и только после 130 впрыскиваний, из коих 70 были двухпроцентные, получилось излечение. Само собой разумеется, что при лечении мышьяком, особенно большими дозами, необходимо следить, не получают ли явления отравления, каковы: кератозы ладоней и подошв и пигментация. У только что описанной больной, которая получила всего 2,0 мышьякового натра, под конец лечения появилась темная окраска под ногтями.

Мышьяк можно применять в форме внутривенных вливаний сальварсана и неосальварсана (0,45 — 0,6), в количестве двух-трех, с недельными промежутками. Я наблюдал резкое благоприятное влияние этого лечения.

В одном наблюдавшемся в нашей клинике случае хороший результат получился от аутогемотерапии.

При остром высыпании сыпи, сопровождающемся сильными явлениями раздражения нервной системы, мышьяк противопоказан. В этих

случаях нужно пользоваться, в течение некоторого времени, успокаивающими средствами, каковы: бром, хинин, фенацетин, тепловатые ванны.

Мышьяк при данном страдании является излюбленным средством немецкой (Венской) школы со времени Ф. Гебры, который заявил, что все больные с описанным им *lichen ruber acuminatus* умирали от истощения, пока он не стал применять мышьяка; после этого он уже не видел смертных случаев. Но французская школа относится к мышьяку при *lichen ruber* с меньшим доверием и при *lichen ruber planus* более рекомендует теплые водяные души $35 - 37^{\circ} \text{C}$, продолжительностью от 2 до 5 минут, без повышенного давления. В резком благотворном влиянии этого метода лечения мне пришлось особенно убедиться в одном случае *lichen ruber planus*, в котором при энергичном лечении мышьяком в течение $1\frac{1}{2}$ месяца сыпь не только не проходила, но неудержимо увеличивалась, причем ясно были выражены нервные явления: дрожание рук, сильно повышенные коленные рефлексы и бессонница. Под влиянием теплых водяных душей прошла сыпь и исчезли нервные явления.

На втором плане стоят внутренние успокаивающие средства: бром, хинин, фенацетин, аспирин. Как мы видели, они находят применение особенно в случаях острого высыпания, соединенного с нервными расстройствами. В одном из наших случаев *lichen ruber planus* прошел от фенацетина, который был назначен как *pervinum* и как сосудорасширяющее средство в виду замеченного у больного спазма сосудов.

Некоторое значение может иметь общая фарадизация и статический душ, как оказывающие влияние на зуд.

Из местных средств наибольшее значение имеют лучи Рентгена. Дается $\frac{1}{3} - \frac{1}{2}$ Е. D., жесткости по Венельту 7 — 8, с повторением через 10 — 14 дней. При очень плотных бородавчатых формах требуются жесткие лучи: W. 10, с 3 мм алюминия, при 3 Е. D.

Некоторое значение имеют разрешающие средства: втирание предложенной Унню мази:

Rp. Acidi carbolici 4,0, hydrargyri bichlorati corrosivi 0,4 — 0,2 — 4,0 vaselin 100. M. D. S. Мазь для втирания.

Также смазывание 10% хризаробином в травматине. При упорных бородавчатых папулах замораживание жидкой угольной кислотой (20 — 25 секунд).

ГИПЕРКЕРАТОЗЫ.

Волосной лишай.

(*Lichen pilaris. Keratosis pilaris.*)

Lichen pilaris представляет маленькие, величиной с булавочную головку или немного больше, папулки цвета нормальной кожи или красноватые, нередко прободаемые в центре волосом. Папулки образуются скоплением роговых чешуек в отверстии волосяного фолликула, в окружности стержня волоса; иногда стержень волоса не выступает на поверхность кожи, потому что наложение роговых чешуек задерживает волос в полости эпителиальных влагалищ, вследствие чего он скручивается. Поэтому рядом с папулками, прободаемыми волосом, можно видеть папулки, лишенные последнего. Но при соскабливании чешуй под ними обнаруживается скрученный волос. Впрочем, последний не всегда остается скрытым под чешуями. Иногда, при прогрессивном росте, он, наконец, преодолевает сопротивление и выходит наружу, вынося и закупоривавшую его чешую в виде зонтика.

Красный цвет многих папул зависит от расширения сосудов и инфильтрации соединительнотканной сумки волоса, обусловливаемых раздражением ее со стороны волосяного фолликула, закупоренного скрученным волосом и роговыми чешуями.

Со стороны патолого-анатомической, как видно из вышеуказанного, *lichen pilaris* представляет *hyperkeratosis pilorum* и относится в группу аномалий ороговения, представляя лишь внешнее сходство с вышеописанными формами *lichen*.

Lichen pilaris располагается по преимуществу на разгибательных поверхностях и чаще всего верхних конечностей, особенно в области локтей. Пораженные участки представляются шероховатыми, слегка шелушащимися, бледно-красными. Редко болезнь распространяется по разгибательным поверхностям верхних и нижних конечностей и еще реже по коже спины.

Страдание начинается в юношеском возрасте, в котором также наиболее встречается и гиперсекреция сальных желез (*seborthosa*). Вероятно, ближайшая причина состоит в усиленном росте волос (на лице, лобке и пр.) и соединенных с ними сальных желез в периоде *pubertatis* и

в первое время возмужалого возраста. Раз появившись, *lichen pilaris* обыкновенно остается на многие годы. Не представляя каких-либо существенных расстройств, описываемое страдание является по преимуществу косметическим недостатком; к врачебной помощи прибегают особенно женщины.

Причину болезни видят в нейропатическом состоянии больного (Полотебнов), предполагая, что нарушенная деятельность нервной системы может вести к неправильностям ороговения.

Лечение состоит в ежедневном применении мыльных размываний, которые размягчают и удаляют роговые чешуйки. Кроме того, путем механического раздражения надкожицы, а также при помощи вызываемой гиперемии, они повышают жизнедеятельность покровного эпителия, улучшая тем самым процесс ороговения, и способствуют всасыванию инфильтрата. Так же действует и массаж.

Рыбья чешуя.

(*Ichtyosis*.)

Ichtyosis представляет собою аномалию ороговения, выражающуюся разрастанием рогового слоя и сосочков, соединенную с отсутствием потовой и сальной секреции на пораженных местах и обнаруживающуюся в раннем детстве. Разрастание рогового слоя обыкновенно бывает разлитым, иногда более выражено в окружности отверстий желез: потовых, сальных и волосяных мешков.

Самой начальной формой ихтиоза нужно считать *xerosis*, сухость кожи, когда собственно аномалия ороговения — образование роговых наслоений — еще не выражена, а имеется лишь сухость и жесткость кожи. В настоящем ихтиозе отличают слабую форму, *ichtyosis simplex*, в которой делают подразделение на *ichtyosis nitida* и *serpentina* и резко выраженную аномалию ороговения — *ichtyosis cornea*.

При слабо выраженной форме кожа, имея нормальный цвет, представляется жесткой, сухой, слегка шероховатой на ощупь, вследствие образования роговых щитков в отверстиях сальных желез и в окружности волос; естественные борозды ее резко выражены, поверхность покрыта мелкими мукообразными, плотно сидящими чешуйками беловатого цвета, они немного напоминают псориазные чешуи, но количество их небольшое и они держатся плотно, так что при трении почти не удаляются. Они более походят на беловатые чешуйки, часто замечаемые на голенях и предплечьях у пруригинозных больных. Это — *ichtyosis nitida* — перламутровый ихтиоз.

В других случаях чешуи большей величины — $\frac{1}{2}$ — 1 см в диаметре, и притом зеленоватого или грязно-серого цвета, округлые или

многоугольные; они держатся всей своей поверхностью на коже, иногда лишь оставляя свободными края. Очень отдаленное сходство их с чешуями змей издавна дало повод к названию этой формы болезни — *ichthyosis serpentina*.

При значительном развитии болезни, при *ichthyosis cornea*, к указанным симптомам присоединяется очень значительное скопление черноватых роговых масс в форме щитов, игол, выступающих на несколько миллиметров над окружающей поверхностью. Такую кожу сравнивают с кожей крокодила, когда роговые массы образуют выступающие кубики, и называют эту форму *sauriasis*, или с кожей ежа и дикобраза, когда роговые разрастания имеют форму игол, и называют эту форму *ichthyosis hystrix*.

Описанные изменения в огромном большинстве случаев занимают всю поверхность кожи — *ichthyosis universalis* и всего резче выражены на разгибательных поверхностях. Наоборот, подмышечные, локтевые, паховые и подколенные области, а также ладони и подошвы обыкновенно остаются на вид непораженными или мало пораженными, хотя при более подробном исследовании и на этих местах можно обнаружить сухость кожи и резкость кожных бороздок.

Реже *ichthyosis universalis* хотя и является очень распространенным, но все же оставляет свободными большие участки кожи, кроме вышеуказанных.

В более редких случаях болезнь является местной на каком-либо ограниченном участке кожи — *ichthyosis localis*.

Начало болезни обыкновенно на втором году жизни ребенка, когда родители впервые обращают внимание на жесткость кожи. Затем постепенно изменения кожи усиливаются и к юношескому возрасту достигают полного развития.

Нередко замечается наследственность болезни — прямая от родителей или же от деда и бабушки, то в одном мужском поколении, то в одном женском, то, наконец, в том и другом. В известной исландской семье Ламберт, разъезжавшей многие десятки лет в XIX столетии по городам Европы с целью наживы, *ichthyosis hystrix* наблюдался в четырех поколениях. Необходимо отметить, что в семьях лиц, страдающих ихтиозом в прямом и непрямом восходящем поколении, наблюдаются также другие кожные болезни, каковы *psoriasis*, *prurigo*, а также нервные и психические расстройства. Описываемая наследственная форма, начинающаяся со второго года жизни, всегда является в форме разлитой — *ichthyosis universalis*.

В более редких случаях болезнь развивается в любом возрасте, *ichthyosis acquisita*, наичаще в форме *ichthyosis localis*. Иногда страдание появляется на местах с хроническим воспалением, напр., при *elephantiasis*, что, впрочем, строго говоря, не должно включать в группу настоя-

шего ichthyosis. Интересно, что оно развивается также после изнурительных острых процессов, как, напр., сыпной тиф (Полотебнов), а также после ранения нервных стволов в соответствующих областях. Впрочем, многие авторы выделяют эти случаи из ихтиоза, относя к последнему только случаи с общим поражением кожи, проявляющимся в раннем детстве.

Субъективные ощущения состоят в ощущении стягивания кожи и небольшом зуде. Они усиливаются, если больной долго не берет ванны,

и ослабевают после размывания и размягчения чешуй. При образовании трещин на разгибательных поверхностях сочленений ощущаются боли при движениях.

Отделение сала и пота отсутствует. Кожа всегда сухая, жесткая; не потеет в самое жаркое время года, равно и в горячей-воздушной ванне. Только небольшие участки кожи, остающиеся свободными от сыпи, каковыми, напр., бывают лицо, подмышечные впадины, потеют и даже усиленно,



Рис. 39. Ichthyosis hystrix universalis. До лечения.

как бы желая компенсировать недостаток потения в остальной коже.

Сосудистая реакция кожи не вызывается, а когда, при слабом развитии болезни, имеется налицо, то в форме белого дермографизма.

Сообразно с этим кожа больных не краснеет даже при сильных влияниях, которые на здоровой коже вызывают сильную красноту, каковы, напр., горяче-воздушный электрический душ (фен).

Вследствие не деятельности потовых желез и сосудорасширяющих нервов, отдача тепла кожей значительно ослаблена, а потому от ничтожных причин легко наступает перегревание организма. У нашей больной после приема горячего чая общая температура тела в течение 1 ч. 45 м. поднялась с $36,4^{\circ}\text{C}$ до $37,6^{\circ}\text{C}$, а к вечеру до $39,3^{\circ}\text{C}$. В опытах Линзера (Linser) и Шмидта (Schmidt) также после горячего чая температура поднялась до 39°C . Эти факты ясно ука-

зывают, какое огромное влияние бо́льшая кожа оказывает на весь организм.

Мышечно-волосковый рефлекс кожи не вызывается. Общая температура тела субнормальная (у нашей больной $36,4^{\circ}\text{C}$).

Чувствительность кожи сохраняется. У нашей больной чувство прикосновения было повышено даже на местах, покрытых длинными роговыми столбиками. Эластичность кожи уменьшена.

Особенности ихтиотической кожи наиболее резко выступают, когда поражение не занимает всей кожи. У одного из моих больных, 19 лет, страдающего ихтиозом с детства, были поражены разгибательные поверхности плеч и предплечий, бедер и колен и нижнебоковые части живота. В то время как на пораженных местах не было ни потения, ни сосудодвигательных рефлексов, на соседних здоровых участках, наоборот, было усиленное потоотделение, как бы заменяющее недочеты в пораженных местах, и красная сосудистая реакция.

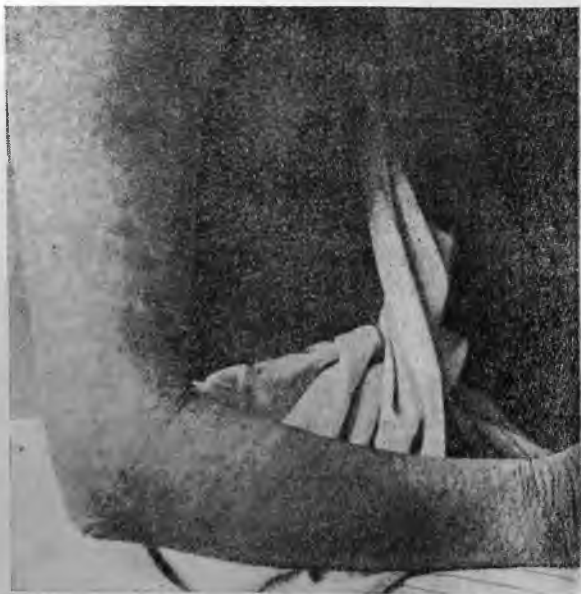


Рис. 40. *Ichthyosis hystrix universalis*. После лечения.

В моче иногда находят увеличение мочево́й и щавелево́й кислот.

Течение болезни. Болезнь обыкновенно продолжается до конца жизни больного. Только *ichthyosis localis acquisita* может проходить по удалении причины, напр., по излечении неврита.

Летом кожа делается глаже, вследствие мацерации и последующего удаления роговых наслоений под влиянием усиленного потоотделения на тех участках, на которых оно еще сохранено. Зимой наступает ухудшение.

Осложнения. Иногда течение ихтиоза осложняется на различных местах дерматитом: появляется краснота, мокнутие, причем сравнительно легко образуются довольно глубокие обширные ссадины, благодаря неустойчивости эпидермиса. Картина напоминает экзему, хотя начальных пузырьков иногда и не наблюдается. Этот дерматит в не-

которых случаях можно объяснить зудом, ведущим при чесании к раздражению кожи. Пораженная кожа легко уступает внешним раздражениям: образуются ссадины, мокнутие. Благодаря пониженной жизнедеятельности ткани, раз произведенные изменения держатся долгое время. Но в других случаях нужно допустить настоящее осложнение ихтиоза экземой, когда на местах, не подвергающихся никакому внешнему раздражению, развиваются краснота, ссадины, мокнутие, корки. Нередко наблюдаемое при этом отсутствие типических пузырьков не



Рис. 41. Ichtyosis hystrix. *a*—сильно утолщенный роговой слой, *b*—удлиненные сосочки, *c*—инфильтрация, *d*—потовые железы.

говорит еще против экземы, так как, с одной стороны, экзематозные пузырьки вообще отличаются недолговечностью и часто ускользают от нашего наблюдения даже на коже, не пораженной ихтиозом, а с другой, при уменьшенной жизнедеятельности ихтиотической кожи разрыв их может происходить очень скоро. Со стороны патолого-анатомической соединение этих двух страданий — hyperkeratosis и acantholysis — вполне допустимо, так как при том и другом страдает один и тот же эпителиальный покров. За возможность такого соединения говорит и другое иногда наблюдаемое осложнение — образование пузырей большей или

меньшей величины (Полотебнов). Наконец, при ихтиозе нередко образуются отдельно стоящие пустулы, засыхающие в корки, что объясняется вторичной инфекцией на местах трещин рогового слоя.

Предсказание для жизни при ихтиозе вообще благоприятно. Но иногда развивается общее истощение, что было замечено еще А либером. Нередко наступает смерть от интеркуррентных процессов (pneumonia и пр.).

Патолого-анатомические изменения. Общим для всех форм ихтиоза является значительное развитие рогового слоя, состоящего из безъядерных клеток. При *ichthyosis hystrix* это развитие особенно сильное: роговой слой образует целые столбики, высокие и толстые.

Остальные слои покровного эпителия в различных случаях представляются различными, то утолщены, то утончены. При *ichthyosis hystrix* в одном и том же препарате можно видеть сильно утолщенные участки Мальпигиева слоя, чередующиеся с истонченными. То же относится и к зернистому слою. Очевидно, начальная повышенная жизнедеятельность клеток, обуславливающая гипертрофию, с течением времени падает, что ведет уже к атрофии.

Волосы и сальные железы слабо развиты. Потовые железы в количественном отношении не представляют изменений; в некоторых случаях в них замечается усиленное размножение железистых клеток. Сосочки гипертрофированы, особенно при *ichthyosis hystrix*, когда они вытягиваются в форме длинных шпиг. В сосочках и в подсосочковом слое около сосудов мелкоклеточная инфильтрация. Соединительная ткань иногда склерозирована или гиалинизирована, а эластическая атрофирована. Волосяные мышцы не изменены или атрофированы.

В периферических нервах и спинно-мозговых корешках находили неврит (Leloir), в спинном мозгу и особенно в симпатических узлах—атрофические изменения ганглиозных клеток (Сирский).

Причина болезни. Для более полного представления о болезни необходимо отметить, что изменения кожи при *ichthyosis* не ограничиваются одним разрастанием рогового слоя, но касаются многих других существенных физиологических изменений. На первый план нужно выдвинуть прекращение секреторной деятельности кожи, которая не выделяет ни пота, ни сала, что указывает на паралич секреторных нервов и центров.

Далее, не менее важное значение имеет отсутствие сосудистой реакции, что говорит о параличе сосудосуживающих и сосудорасширяющих нервов.

Наконец, отсутствие мышечно-волоскового рефлекса указывает на паралич волосяных мышц или их двигательных нервов.

Таким образом, можно думать, что при *ichthyosis* поражаются центры и нервы секреторные (идущие к потовым и сальным железам

и заведующие выработкой кератина), сосудодвигательные и двигательные для m. m. erectores pilorum.

Указанные факты и соображения приводят к той мысли, что врожденная ненормальная деятельность кожи связана с врожденной ненормальной деятельностью некоторых отделов нервной системы. Вышеупомянутые патолого-анатомические изменения нервной системы, правда, в наблюдениях численно очень ограниченных (неврит и атрофия ганглиозных клеток спинного мозга и симпатических узлов), также говорят за участие в процессе нервной системы.

Необходимо также отметить, что ихтиоз нередко является наследственным, и что в тех же семьях наблюдаются другие кожные болезни, как-то: чесуха, чешуйчатый лишай, а также различные нервные и душевные заболевания. Последние иногда бывают и у самих больных, как это наблюдалось в двух случаях в нашей клинике.¹

Совокупность данных заставляет смотреть на ихтиоз, как на наследственное кожно-нервное страдание, являющееся в форме невроза вегетативной нервной системы.

Распознавание не представляет особой трудности. Из болезней, сходных с ихтиозом, можно указать на следующие:

1. *Pityriasis tabescentium*, характеризующийся сухой, слегка шелушащейся кожей у лиц очень ослабленных (при туберкулезе и проч.).

Сильное истощение прямо указывает на причину аномалии ороговения. Кроме того, при этом никогда не развивается больших роговых наслоений.

2. *Cutis senilis* представляется сухой, слегка шелушащейся. Возраст дает ясное указание о причине неправильного ороговения.

Лечение должно ставить себе следующие задания: большие роговые наслоения, как при *ichthyosis hystrix*, нужно удалить; нужно возбудить деятельность потовых желез; возбудить деятельность сосудорасширяющих нервов; возбудить деятельность волосковых мышц; возбудить деятельность склерозирующейся соединительной ткани и атрофирующейся эластической ткани; укрепить организм, отягченный тяжелой наследственностью.

Для достижения этих заданий применяются следующие средства.

Размягчающие роговые наслоения. Самое лучшее—согревающие компрессы, под которыми происходит мацерация и размягчение роговых наслоений (при *ichthyosis hystrix*), причем они постепенно

¹ А. В. Заславский. Два случая ихтиоза с изменением в психической сфере. «Медиц. мысль», 1924, № 3 — 4.

удаляются. При *ichthyosis nitida* и *serpentina* нет сколько-нибудь выраженных роговых наслоений, но, чтобы сделать сухой и жесткий роговой покров более мягким и эластичным, также употребляют размягчающие средства в форме жирных втираний (ланолин, вазелин и др.).

Средства сосудорасширяющие и потогонные. Сюда относятся различные теплые и горячие ванны: водяные, паровые, сухо-воздушные, также углекислые ванны Нарзана.

Средства, возбуждающие кожу, особенно мышцы ее. Сюда относится массаж и фарадизация.

Средства общеукрепляющие. Сюда относятся хорошее питание, чистый воздух, а из лекарственных средств мышьяк, железо, рыбий жир.

Чтобы достигнуть существенных результатов, нельзя ограничиться одним удалением роговых наслоений, а необходимо добиваться, при помощи указанных средств, возбуждения упавшей деятельности желез, сосудов и мышц.

Что терапия при ихтиозе не может считаться бесплодной, можно видеть на примере нашей больной с *ichthyosis hystrix* (см. рисунок), у которой после настойчивого лечения вышеуказанными средствами в течение многих месяцев, мы могли добиться стойкого излечения, причем оздоровевшая кожа стала потеть и на ней появились красные сосудодвигательные и также мышечно-волосковые рефлексy. У другого больного, после настойчивого и продолжительного применения вышеуказанных средств, изменился к норме не только внешний вид кожи, но и ее гистологическое строение.

К группе ихтиоза относятся разнообразные случаи врожденных аномалий ороговения, когда страдание развивается еще в утробной жизни плода. Пока они объединяются под общим названием *ichthyosis foetalis seu congenita*.

В одном ряде случаев вся кожа покрыта толстыми роговыми массами и в зависимости от неправильного развития кожи стоят значительные обезображивания отверстий рта, носа и глаз. Рот и ноздри необычайно широки, нижние веки выворочены. Получается картина уроды. Обыкновенно такие плоды скоро погибают.

В других случаях нет такого уродства, но кожа новорожденного жестка, шероховата, местами покрыта роговыми рыхлыми массами, а также пузырями и пустулами. Рядом с *hyperkeratiosis* идет и *acantholysis*. Нередко такие дети вырастают, хотя всегда бывают слабыми. Я наблюдал одну подобную девочку в возрасте 7 лет. При исследовании кожи, между прочим, в образовательном слое оказался резко выраженный *plasmolysis filaris*, одновременно с разрастанием рыхлого рогового слоя.

Мозоль.

(Clavus.)

Мозоль представляет ограниченное разрастание рогового покрова на местах, подвергающихся давлению. Наичаще мозоль, как известно, образуется на пальцах ног при несоответствующей (тесной или просторной) обуви. Сущность процесса состоит в том, что вследствие постоянного раздражения все слои эпителия сильно разрастаются, осо-



Рис. 42. Clavus. а — сильно утолщенный роговой слой.

бенно роговой. В дальнейшем течении роговые наслоения, вследствие оказываемого ими давления на подлежащие ткани, приводят к атрофии эпителиальных слоев, иногда даже до полного уничтожения их, так что роговые массы лежат непосредственно на cutis. В последнем случае срезывание мозолей очень легко вызывает кровотечение. От давления роговых наслоений атрофируется не только эпителиальный слой, но даже и сосочки. Как осложнение, нередко присоединяется воспалительный процесс в corium, вследствие механического давления, а также при неосторожном срезывании мозоли.

При лечении необходимо удалить внешнюю причину, т. е. несоответствующую обувь, а затем действовать веществами, растворяю-

щими роговое вещество. Вполне целесообразным является применение кератопластического средства — салициловой кислоты. Предварительно нужно размятчить плотные роговые массы, что достигается теплыми мыльными обмываниями, особенно в паровой ванне или бане. Затем, сухо вытерев кожу, покрывают мозоль быстро застывающей жидкостью — 8% — 10% раствором салициловой кислоты в *collodium elasticum*. Через сутки отрывают слой застывшего коллодия, снова размятчают мозоль и покрывают той же жидкостью и т. д. При таком лечении роговые массы постепенно сходят слой за слоем. Слабее действует *emplastrum saponatosalicylicum Unnae*.

Можно присоединить и другое кератолитическое средство, резорцин:

Rp. Resorcini 8,0, acidi salicylici 3,0, collodii elastici 30,0. M. D. S.

Смазывание.

Можно к кератолитическому средству прибавить разрушающее — молочную кислоту:

Rp. Acidi salicylici, acidi lactici aa 3,0, collodii elastici 30,0. M. D. S.

Смазывание.

Иногда все же не удается перечисленными средствами удалить самый корень мозоли. Тогда приходится обратиться к операционным приемам: удаляют корень куперовскими ножницами, конечно, асептически, и смазывают обнаженную ткань (разросшиеся по периферии мозоли сосочки) 50% ляписом, чем останавливается и кровотечение; затем накладывают асептическую повязку. Применяют также лучи Рентгена: W. 10, 1-мм алюм. фильтр, 1 Е. D., повторно через месяц.

К мозолям относятся также более обширные омололелости на ладонях рук, зависящие от постоянного трения инструментов при различных ремеслах, и на топыти, образующиеся на подошвах при усиленной продолжительной ходьбе у непривычных лиц. Лечение их то же, что и обыкновенных мозолей.

Симметричные омололелости на конечностях.

(*Hyperkeratosis palmaris et plantaris symmetrica*.)

К аномалиям ороговения относятся случаи значительного разрастания рогового слоя на ладонях и подошвах, (рис. 43) при отсутствии каких-либо внешних раздражений, которыми можно было бы объяснить эту аномалию.

Бенъе (1889) первый выделил это страдание в особую группу. Затем, последующими авторами дерматологами, преимущественно французскими, а также и невропатологами это страдание разработано с некоторой подробностью. Клинические симптомы болезни состоят в более или менее значительном утолщении рогового слоя на ладонях или

подошвах, или на тех и других одновременно, а также на ладонных и подошвенных поверхностях пальцев. Но иногда разрастание рогового слоя бывает одновременно и на тылах стоп и кистей и тылах пальцев рук и ног.

Описываемое поражение занимает или сплошь всю ладонь или подошву и соответствующие поверхности пальцев или отдельные участки названных областей.



Рис. 43. Hyperkeratosis plantaris symmetrica.

Пораженная кожа утолщена в 2—3—5 раз против нормы, причем можно ясно видеть, что это утолщение происходит исключительно на счет рогового слоя. Клиническая картина пораженных ладоней и подошв двоякая. В одних случаях поверхность гладкая, нормальные складки кожи сглажены, вследствие того, что разросшийся роговой слой выполнил углубленные бороздки. Цвет желтоватый, иногда восковидно-желтоватый. Граница с нормальной кожей на боковых краях

ладоней и подошв резкая. В другом ряде случаев пораженные участки неровные, шероховатые, с едва заметным желтоватым оттенком. Иногда все толстое сплошное роговое наслоение как бы распадается на небольшие четырехугольники, разделенные более или менее значительными углублениями, что отчасти напоминает *ichthyosis hystrix*, при котором роговые наслоения состоят из высоких, тесно скупенных, столбиков.

На пораженных участках во многих местах появляются более или менее глубокие трещины, проникающие то до Мальпигиева слоя, то до *cutis*. В последнем случае они кровоточат, делаются болезненными. Образование трещин легко объясняется тем, что разросшийся роговой слой утрачивает нормальную эластичность, делается ломким и разрывается на местах сгибов. Эти последовательные изменения, вместе с чисто механическим препятствием при значительных роговых наслоениях, делают движение и употребление конечности затруднительным.

Кроме описанного разлитого разрастания рогового слоя, не связанного исключительно ни с каким анатомическим элементом кожи, наблюдается другая форма болезни, при которой начальным местом заболевания являются отверстия потовых желез, в окружности которых нарастают роговые массы, а также и самое отверстие закупоривается роговой пробкой. Расширенные отверстия желез с ороговевшей периферией, равно и роговые пробки, закупоривающие многие отверстия, легко констатируются при осмотре. Некоторые авторы (Halloréau) вообще думают, что описываемая аномалия ороговения во всех случаях начинается с отверстий потовых желез.

В некоторых случаях хотя нельзя отнести начальный процесс к потовым железам, но все же можно видеть среди сплошного утолщения рогового покрова отдельные роговые возвышения с булавочную головку, маленькую горошину, которые сравнительно легко удаляются, оставляя иногда значительное углубление, вскоре, однако, выполняемое роговою массой.

Граница поражения с нормальной кожей обыкновенно представляется довольно резкой, но иногда с постепенным переходом.

Состояние сосудистого слоя кожи в одних случаях представляется совершенно неизмененным, в других — наблюдается гиперемия, в виде красной каймы, по периферии пораженных участков (*keratodermie erythémateuse Besnier*).

Потоотделение то нормально, то ослаблено, то усилено, несмотря даже на закупорку многих желез, и усилено иногда до огромных размеров: больной, стоящий голыми ногами на полу, оставляет после себя целые лужи пота.

Пораженные конечности часто представляются холодными, влажными, синеватого цвета (явления *asphyxiae localis*).

Ногти почти всегда принимают участие в страдании. Они делаются тусклыми, неправильно изогнутыми, исчерченными, с точечными углублениями.

Начало страдания в случаях наследственных относится к самому раннему детству. Есть указание на то, что оно впервые обнаруживается в тот период, когда ребенок начинает ползать (H. Brooke); следовательно, можно думать, что унаследованная ненормальность обнаруживается благодаря механическим влияниям. В случаях приобретенных болезни предшествует ряд других расстройств: *urticaria* (Siletti), периодически появляющаяся, иногда в течение многих лет, краснота с шелушением (Azua), затруднение движения с притуплением чувствительности, отёком, синюшной окраской (Azua), потливостью (Kaposi, Paschkis). Вообще можно сказать, что болезни предшествуют сосудистые явления, большею частью в форме *asphyxia localis*, которые и далее сопровождают ее.

Субъективные ощущения состоят в парестезиях (ползание мурашек, жжение), в затруднении движения, болях (от трещин).

Течение болезни крайне продолжительное, особенно в случаях наследственных.

Причина болезни. Во многих случаях болезнь наследственная (Brooke, Azua, Bassaget). В приобретенных случаях ее ставят в зависимость от заболевания нервной системы как функционального (неврастения — Ланг, климактерический период — Пашки с), так и органического, в форме глиоматоза спинного мозга (Рот и др.). Кератодермия односторонняя может зависеть от заболевания периферических нервов.

Патолого-анатомические изменения по Бенье состоят в сильном утолщении рогового слоя, причем клетки утрачивают контуры, сливаясь в одну общую полосчатую или гомогенную массу, не содержащую ядер. Промежуточных слоев ороговения нет. Элеидин лежит между клетками. Протоки потовых желез расширены, многие из них ороговевшие.

Лечение должно быть направлено на предполагаемую нервную причину болезни и потому не может быть подведено под какую-нибудь определенную схему. Можно указать на благоприятное влияние электризации общей и местной (гальванический и фарадический ток), от которой я лично наблюдал очень благоприятные результаты. Местное лечение должно состоять в употреблении размягчающих и мацерирующих средств в форме теплых ванн, согревающих компрессов, мыльных теплых обмываний и в употреблении средств, растворяющих роговое вещество, как напр., салициловая кислота (8% — 10% в collodium elasticum). Приносят пользу лучи Рентгена: W. 10; 1-мм алюминиевый фильтр, 1 E. D., с повторением через месяц.

К описанной идиопатической форме симметрических кератозов конечностей относятся подобные же кератозы, наблюдаемые при других кожных страданиях трофо-невротического происхождения. Так напр., иногда *hyperkeratosis palmaris et plantaris symmetrica* наблюдается при экземе, особенно при *eczema universale*. Связующим звеном между пузырьчатым процессом экземы и настоящим кератозом служит заключительный стадий экземы — *ecz. squamosum*, при которой имеется изменение в процессе ороговения. Однако, такое изменение можно еще объяснить чисто местным расстройством питания, не придавая ему самостоятельного значения. В случаях же настоящих кератозов, наблюдаемых при экземе, мы имеем право говорить об одновременном существовании двух процессов, в зависимости от одной и той же нервной причины. Точно также описываемое страдание наблюдается при *lichen ruber*, *dermatitis exfoliativa*. Наконец, не лишены интереса случаи *hyperkeratosis palma-*

ris et plantaris symmetrica, наблюдаемые при тяжелых общих заболеваниях, как напр., при брюшном тифе, а равно при отравлении и продолжительном терапевтическом употреблении мышьяка.

Наконец, гиперкератоз сопровождается прободающую язву, которая обыкновенно развивается среди мозолистого утолщения. Последнее всего естественнее отнести к трофоневротическим изменениям кожи, как и самую прободающую язву, особенно часто наблюдаемую при *tabes dorsalis*.

Hyperkeratosis gonorrhoeica. В последнее время обращено внимание на кератозы в форме роговых бляшек и конусов, располагающихся чаще на конечностях, но также и на других участках кожи и наблюдаемых при гоноррее, сопровождающейся поражением суставов. Есть основание предполагать, что гоноррейные токсины имеют значение в происхождении болезни, или непосредственно раздражая эпителиальную ткань и нарушая нормальный ход ороговения, или вызывая изменения в трофических центрах кожи.

Кожный рог.

(*Cornu cutaneum*.)

Кожный рог представляет роговой нарост длиною от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров (наблюдались рога до 24 — 30 см), плотной консистенции, желтоватого, буроватого цвета, иногда разделенный на свободном конце на несколько отдельных отростков или закрученный спирально около продольной оси, наподобие бараньего рога.

Рога сидят среди совершенно нормальной кожи или же на месте бородавок, родимых пятен, ороговевших папиллом, атером, эпителиом, сарком, также на месте волчаночной ткани.

Цвет рогов от желтоватого до черно-бурого. Поверхность с продольными бороздками и бугристая.

Кожные рога могут развиваться на любой части кожи, но преимущественно на лице и волосистой части головы. Они являются то одиночными, то множественными, иногда покрывают всю кожу больного, развиваясь в огромном количестве, до 100 и более.

Старческий возраст представляет особое предрасположение, хотя и молодой возраст не исключает возможности заболевания.

Со стороны патолого-анатомической кожный рог представляет разрастание рогового покрова, исходящее из покровного эпителия или из придатков его: волос, потовых и сальных желез; в последнем случае клетки железистого эпителия претерпевают несвойственное им в нормальном состоянии роговое превращение. В то же время разрастаются и сосочки, которые сильно вытягиваются в длину.

Течение болезни крайне продолжительное. Самопроизвольного излечения без осложнений (нагноения в окружности) не наблюдается. Рост рогов медленный и прекращается по достижении известной длины. Иногда они самопроизвольно отпадают, чтобы замениться новыми, подобно смене рогов у оленей.

Рога, помещаясь на половых частях (*glans penis*, *clitor* и др.), препятствуют отпавлению органов. Помещаясь на туловище и конечностях, обуславливают боль при давлении, трении и препятствуют сну.

Осложнение наблюдается в форме нагноения по окружности вследствие внешних раздражений; иногда кожный рог дает начало раковой опухоли.

Лечение состоит в вырезывании вместе с окружающей кожей, с последовательным сшиванием краев разреза.

Бородавка.

(*Verruca*).

Под бородавкой разумеют папулу величиною с чечевицу и больше, телесного или слегка темноватого цвета, с поверхностью ноздреватой, сосочковидной или слегка шероховатой, почти гладкой, не дающую никаких ненормальных ощущений и образующуюся вследствие разрастания сосочков и рогового слоя (рис. 44).

Отличают следующие виды: *verruca vulgaris*, *verruca plana* и *verruca seborrhoica*.

Verruca vulgaris представляет папулу телесного или темноватого цвета с шероховатой, ноздреватой, сосочковидной поверхностью. Любимое место таких бородавок — кожа кистей, особенно пальцев рук.

Verruca plana, называемая также *verruca juvenilis*, так как встречается преимущественно в юношеском возрасте, представляет плоскую папулу, мало возвышающуюся над окружающей кожей, с гладкой поверхностью или слегка шероховатой. Любимое место их — лицо и тыльные поверхности кистей.

Verruca seborrhoica, называемая также *verruca senilis*, так как наблюдается у старых людей, представляет плоскую, широкую, до 1 см в диаметре, папулу, пигментированную, иногда с сосочковидною поверхностью, покрытую слоем жира, выполняющего промежутки между сосочками.

Количество бородавок различное: то 1 — 2, то несколько десятков, а иногда они обильно покрывают кисти и другие участки кожи. В последнем случае получается значительное обезображивание рук, что

само по себе, вследствие брезгливого отношения окружающих, может лишить человека работы. Но, кроме того, слившиеся бородавчатые поверхности, на которых к тому же образуются кровоточащие и гноящиеся трещины, делают невозможным ручную работу.

Течение болезни продолжительное, но в некоторых случаях происходит самопроизвольное излечение.

Причина болезни. Относительно старческих бородавок можно думать, что они являются результатом дегенеративных старческих изменений кожи, вместе со старческой атрофией и гиперпигментацией. Что касается других форм, то в одних случаях бородавки можно считать заразительными, на что указывают удачные прививки, в других случаях они зависят от нервных причин, что видно из самопроизвольного исчезновения их, но особенно из благоприятного влияния на них внушения.

Патолого-анатомические изменения состоят в большем или меньшем разрастании сосочков и рогового слоя.

Лечение состоит в применении средств: кератолитических, растворяющих роговой слой (*solutio acidi salicylici 10%* in *collodio elastico*, для смазывания), обыкновенно вполне



Рис. 44. Verrucae.

не достаточных для *verruca plana*, но недостаточных для *verruca vulgaris*, при которой имеется значительное разрастание сосочков, так как салициловая кислота действует только на роговое вещество, и средств, разрушающих ткань, каковы: *acidum nitricum fumans*, каплю которой с стеклянной палочки наносят на бородавку, предварительно защитив окружающую кожу липким пластырем или, по крайней мере, толстым слоем жира; электролиз, причем иглу отрицательного полюса повторно вкалывают в бородавку в разных направлениях, пользуясь током в 1—3 М.-А. и доводя каждый раз разрушение ткани до образования газов; гальванокаустика, при помощи которой выжигается вся больная ткань; лучи Рентгена: $\frac{1}{2}$ Е. D., при W. 7—8 для *verruca plana* и *senilis* и 1 Е. D. при *verruca vulgaris* с 1-миллиметровым алю-

миниевым фильтром при W. 10 — 12, с повторением через 3 недели. В виду значения в некоторых случаях нервной системы употребляется также мышьяк и иногда прибегают к внушению.

Porokeratosis.

Это редкое страдание выражается небольшими роговыми папулками, имеющими на верхушке углубление, в которое вставлена роговая пробка. Слиянием начальных папулок образуются большие роговидные поверхности округлого очертания, до нескольких сантиметров в диаметре, в которых можно отличить центр и периферическую зону. Центральная зона представляет атрофированную или нормальную кожу, или покрыта плотно сидящими чешуйками; иногда можно видеть начальные роговые папулы с центральными роговыми конусами или углубления после удаления последних. Периферическая часть имеет вид призмы, верхнее ребро которой имеет углубленную борозду, в которую вставлена роговая пластинка наподобие линейного петушиного гребешка.

Излюбленные места — кисти, стопы, лицо, половые органы. Болезнь может поражать и слизистую рта.

Сыпь безболезненная. Она существует долгое время. Может исчезать самопроизвольно, причем оставляет атрофированную, слегка углубленную поверхность.

Причины болезни не известны. Описавший ее Мибелли (Mibelli) относит ее к неправильному ороговению отверстий потовых желез. Иногда она представляет семейную болезнь.

Лечение трудное. Применяют средства, размягчающие роговой слой (ванны), и кератолитические (*acidum salicylicum* в мази или с *collodium elasticum* 1:10),

Шиповатый кератоз волосяных мешков. Lichen spinulosus.

(*Lichen spinulosus*; *ichthyosis sebacea cornea*; *keratosis follicularis contagiosa*.)

Lichen spinulosus представляет редкое страдание, характеризующееся образованием в устьях волосяных фолликул маленьких, плотных, сероватых узелков, в центре которых торчат тонкие, острые, желтоватые шипики, длиною в 2 — 3 мм. При проведении рукой получается ощущение царапания, как от острых колючек. Начальные узелки имеют в своем центре черные точки — пробки, которые потом выдвигаются кверху в виде сухих желтоватых острых шипиков. Обыкновенно имеются одновременно узелки с черными точками, напоминающие *comedo*, и узелки с шипиками.

При вырывании пробки и шипиков в них часто можно заметить присутствие волоса, обыкновенно скрученного. От трения одежды многие шипики обламываются и выпадают; на их место вырастают новые. Около некоторых шипиков развивается нагноение, шипики выпадают и на их месте остается небольшое пигментированное углубление.

Сыпь развивается на лице, груди, спине и других местах. Объективные ощущения состоят в небольшом зуде.

Кожа, как показало наблюдение одного случая в нашей клинике,¹ хорошо потеет под влиянием потогонных процедур, но совершенно не выделяет жира при исследовании [по способу Арнозана с камфорой].

Этиология точно неизвестна. Брук (Brook) наблюдал это страдание у нескольких членов одной семьи, почему и дал ему название *keratosis follicularis contagiosa*. Однако, возбудители болезни не найдены.

Другие авторы ставят его в связь с расстройством нервной системы, как было и в нашем случае.

Отсутствие салоотделения можно считать первичным явлением, обусловливающим неправильное ороговение (кератинизация) волосяных влагалищ.

Течение болезни продолжительное, неопределенное. Под влиянием соответствующего лечения шипики довольно скоро исчезают.

Патологическая анатомия. Влагалища волос гиперплазируются и кератинизируются. Результатом гиперплазии является образование узелка, а результатом кератинизации является образование сначала пробки, а затем шипика в центре узелка. Раз сформировалась пробка или шипик, волосу трудно пробиваться наружу, и он скручивается спиралеобразно в пробке и шипике. Наружное и внутреннее влагалища волоса, вследствие непрерывающегося роста и с другой стороны, вследствие невозможности от образовавшейся пробки подниматься вверх, также скручиваются штопорообразно. Самые шипики состоят из концентрических роговых наслоений. Волосы атрофируются.

Распознавание не представляет затруднений. Папулки с роговыми шипиками представляют характерное явление. Можно смешать с *porokeratosis*. Но там имеются не шипики, а пробки, и *porokeratosis* обусловливается кератинизацией отверстий потовых желез, тогда как *lichen spinulosus* обусловливается кератинизацией волосяных фолликулов.

Лечение состоит в средств размягчающих роговое вещество, возбуждающих сальные железы и в искусственном снабжении жиром (потогонные процедуры, втирание жира).

¹ С. А. Ершов. *Lichen spinulosus*. «Венерология и дерматология», 1924, № 4.

Вегетирующий фолликулярный кератоз. Болезнь Дарье.

(Psorospermosse folliculaire végétante.)

Страдание выражается разбросанными или скученными папулами, от булавочной головки до чечевицы, покрытыми серовато-коричневыми чешуйками, по снятии которых на внутренней поверхности их заметны желтоватые сальные отростки, внедряющиеся в сально-волосные фолликулы; отверстия последних расширены, с возвышенными краями. Наиболее излюбленные места: волосистая часть головы, лицо, особенно носогубные складки, грудь, межлопаточное пространство спины, окружность половых органов, паховые области, наружные поверхности конечностей. В местах, богатых влагой, при скучивании папул, происходит сосочковидное разрастание ткани в грибовидной форме, распространяющее неприятный запах вследствие разложения выделения. Величина разросшихся сосочков может достигать до одного и более сантиметров. На ладонях и подошвах наблюдается гиперкератоз в форме желтоватых просвечивающих точек. На тыле кистей часто бывают плоские бородавки. Поверхность языка может получить волосатый вид вследствие разрастания сосочков. Ногти принимают полосатый вид и делаются ломкими.

Болезнь очень редкая. Наблюдается чаще у мужчин. Начинается всего чаще в возрасте 8—16 лет, но может начинаться и в старшем возрасте. Первыми местами обыкновенно являются височная область, лицо и паховые области. Начавшись, болезнь быстро распространяется, без всяких других сопутствующих явлений, и затем делается стационарной, будучи склонной продолжаться всю жизнь.

Патологическая анатомия. Роговой слой утолщен и содержит характерные круглые или овальные клетки с ядрами. Зернистый и и образовательный слои также утолщены. В них также находят большие «круглые тела» — ороговевшие клетки с ядром и зернистой протоплазмой, содержащей иногда эленидин. Из этих «круглых тел» образуются вышеуказанные характерные клетки рогового слоя. Эти клетки сначала неправильно считали за паразитов, кокцидии или псороспермии, откуда и название [болезни].

Причины неизвестны. Болезнь иногда носит семейный характер, т. е., ею страдают несколько членов семьи; иногда наблюдаются при наследственном сифилисе.

Для распознавания имеют значение: чешуи, внедряющиеся в фолликулы, круглые, ороговевшие, но с ядрами клетки в роговом слое, и круглые тела в зернистом и образовательном слоях.

Для лечения применяют мыльные и теплые ванны, способствующие размягчению и удалению корок и чешуй, и втирание кератолитических средств (*acidum salicylicum* в 5% мази).

Пигментная и сосочковая дистрофия кожи.

(*Distrophie pigmentaire et papillaire. Acanthosis nigricans.*)

Страдание выражается пигментацией до темно-черного цвета, шероховатостью кожи, которая делается шагреневой, с резким рисунком увеличенных ромбов и разрастанием сосочков в виде остроконечных папиллом или висящих моллюсков (*molluscum pendulum*). Кожа не шелушится. Любимые места: шея, область половых органов и заднего прохода, подмышечные впадины, пупок, кисти и стопы, грудь.

На ладонях и подошвах сосочковые борозды резко выражены. Поверхность языка сосочковидная. Но слизистые никогда не пигментируются. Ногти ломкие. Волосы выпадают. Болезнь очень редкая. Начинается в возрасте 30 — 40 лет, но может быть и у маленьких детей. В большинстве случаев она связана с раком внутренних органов и потому скоро развивается кахексия и наступает смерть.

Патологическая анатомия. Роговой слой утолщен. Мальпигиев также. Но самое характерное — отложение бурого пигмента в клетках Мальпигиева слоя и в сосочках и разрастание сосочков, в некоторых местах до образования папиллом.

Распознавание. Можно смешать с *morbus Addisonii*, но при последней пигментация не областная, а разлитая, притом пигментируются и слизистые оболочки; кроме того, нет шероховатости кожи и сосочковых разрастаний. Последнее отличает болезнь от других пигментаций: мышьяковой и аргирии.

Лечение, в виду связи с раком, мало надежно. Дают мышьяк и рекомендуется чистое содержание пораженной кожи.

Черный волосатый язык.

Страдание поражает спинку языка, не затрагивая основания его, где помещаются *papillae circumvallatae*, и состоит в гипертрофии и гиперкератозе нитевидных сосочков с темным окрашиванием их. Нитевидные сосочки значительно удлиняются, до нескольких сантиметров. Спинка языка представляется темной, покрытой волокнистой массой. Субъективные ощущения или отсутствуют или состоят в легком жжении, ощущении сухости, понижении вкуса.

Болезнь то скоро проходит, то держится годами.

Патологическая анатомия. Эпителий нитевидных сосочков гипертрофирован, содержит гиалиновоперерожденные клетки в форме преломляющих свет шаров или овальных образований, одно время не-

правильно считавшихся спорами; содержит увеличенное количество кератогиалина; в верхних слоях заметно ороговение. Сосочки сильно удлинены.

Распознавание. Болезнь, по окраске, можно смешать с окраской языка случайной или нарочитой (у истеричек). Но нужно принимать во внимание характерную волокнистость языка.

Причина болезни неизвестна. Находят кислую реакцию слюны.

Лечение. Устранение всех раздражений — раздражающей пищи, водки, курения; полоскание рта перекисью водорода, бертолетовой солью иногда уже приводит к излечению. В более упорных случаях прибегают к выскабливанию острой ложечкой. Нужно испытать лучи Рентгена.

ОМЕРТВЕНИЯ И ЯЗВЫ КОЖИ.

Омертвление кожи.

(Gangraena cutis.)

Под гангреной кожи разумеют умирание ткани кожи на известном участке. Отмечают сухое омертвление и влажное.

Сухое омертвление, *gangraena sicca*, *mumificatio*, происходит вследствие прекращения притока крови, при закупорке приводящей артерии, когда капилляры остаются пустыми. Омертвевшая ткань делается темной, даже черной, или, наоборот, алебастрово-белой; плотность ее увеличивается до плотности картона и даже дерева.

Влажное омертвление, *gangraena humida*, происходит при обилии влаги, когда приводящая артерия нормальна, а вены закупорены, причем в капиллярах имеется много крови. В этих случаях цвет пораженной кожи сероватый, консистенция мягкая; на поверхности видны синеватые пятна и пузырьки, наполненные вонючею жидкостью. В одних случаях процесс протекает асептически — асептическое размягчение, колликвационный некроз; в других случаях участвуют бактерии — септическое размягчение, госпитальный антонов огонь. При той и другой форме омертвления местная температура понижена и пораженная ткань анестезирована. Но субъективные ощущения могут быть резко выраженными в форме ползания мурашек и сильных колющих болей.

Течение болезни. Организм стремится к удалению омертвевшей ткани, и поэтому образуется так называемая демаркационная линия, которая клинически является в виде влажной, нагноившейся борозды вокруг омертвевшего струпа, а гистологически представляет скопление лейкоцитов, стремящихся уничтожить мертвую ткань. Долгое время

струп плотно держится на подлежащей ткани, пока демаркационная линия не распространится на все основание струпа. Тогда струп отторгается, оставляя язву, наклонную к рубцеванию. Язва заживает более или менее углубленным рубцом. При влажной гангрене образование демаркационной линии наступает медленно или совсем не наступает, что ведет к дальнейшему распространению процесса и к всасыванию гнилостных продуктов, обуславливающему септицемию, приводящую к смерти. Вот почему влажная гангрена считается более опасной болезнью и ее стараются перевести в сухую.

Патологическая анатомия. Можно отличить центральную часть поражения, промежуточную и периферическую. В центральной вначале составные части ткани сохраняются, но их отношение к краскам изменяется; вскоре ядра делаются невидимыми, протоплазма мутнеет и делается зернистой; соединительнотканые волокна сначала набухают, а затем не различаются; вся ткань делается гомогенной. При влажной гангрене, кроме того, имеются иглы и шарики лейцина, тирозина, маргарина, кристаллы фосфорнокислой аммиак-магнезии и гематойдина. В промежуточной части, рядом с омертвением ткани, идет пронизывание ее лейкоцитами со стороны демаркационной линии. В этой последней — периферической — части можно констатировать значительное экссудативное и пластическое воспаление: расширение сосудов с сильной эмиграцией белых шариков и пролиферацией соединительнотканых клеток.

Причины гангрены разнообразны, их можно разделить на наружные и внутренние. Наружными причинами являются: прижигающие химические вещества, как напр., карболовая, азотная кислоты; химическое действие лучей Рентгена и радия; отморожение, ожог, электролиз; травма, напр., при контузии; гнилостные бактерии. Во всех этих случаях, кроме непосредственного влияния данной вызывающей причины, большую роль играет разрушение красных кровяных шариков с образованием тромбов в сосудах, что ведет к ослаблению питания ткани.

Внутренними причинами служат расстройство кровообращения, влияние токсических веществ (при диабете и проч.) и влияние нервной системы. Расстройство кровообращения состоит в прекращении притока крови, что зависит от закупорки приводящего артериального ствола вследствие воспалительного процесса (старческий артериосклероз, сифилитический эндоартерит и др.), также от воспаления стенок капилляров, как об этом можно думать при глубокой и бурно протекающей гангрене ягодиц после впрыскивания ртутных солей.¹ Мое предположение, что последняя форма гангрены обуславливается тем, что впры-

¹ P. Nicolski. Deux cas de gangrène de la fesse, consécutive à une injection mercurielle. Bull. de la soc. fr. de dermat. et de syph. 1906.

скивание делается вартериальный сосуд, в настоящее время подтверждено экспериментальной работой д-ра Кожевникова¹ в нашей клинике. Токсические вещества оказывают влияние на ткани и сосуды при диабете (ацетон, ацетоуксусная и оксимасляная кислоты) и эрготизме (составные части маточных рожек). Первое влияние обнаруживается при сирингомиелии, истерии и проч.

Гангрена может быть первичной и вторичной. Последняя осложняет то или другое кожное страдание: мягкий и твердый шанкр, крапивницу (*urticaria gangraenosa*), опоясывающий лишай (*herpes zoster gangraenosus*), местную синюху конечностей (болезнь Рэйно) и проч. В этом осложнении можно обвинять влияние гнилостных бактерий и чаще всего расстройство кровообращения, напр., при твердом шанкре всегда сопровождающий его эндоартерит может причинить закупорку приводящих сосудов; при крапивнице очень сильный отёк может сжать до непроходимости мелкие артерии и капилляры сосочков. Мы рассмотрим некоторые клинические формы первичной гангрены.

Старческая гангрена.

(*Gangraena senilis*.)

Старческая гангрена (*gangraena senilis*) развивается вследствие артериосклероза и ослабленной деятельности сердца. Любимое место ее — пальцы ног. Характерные начальные явления состоят в отсутствии пульса в *a. dorsalis pedis* (в первом межплюсневом промежутке), в похолодании и темно-красном цвете кожи пальцев и в образовании на них пузырьков. В дальнейшем образуются черные струппы. Пораженные части анестезированы, но могут служить местом сильных болей.

Лечение состоит во внутреннем употреблении сердечных возбуждающих (*coffeinum natrosalicilicum* по 0,1 три раза в день) и иодистого калия (4,0 на 200 по 3 столовых ложки в день), применяемого вообще при артериосклерозе, во впрыскивании молока, в аутогемотерапии и в применении гальванизации, с целью поддержания жизнедеятельности тканей (анод на пораженный участок, катод в подколенную ямку; сила тока 5 — 10 М.-А., 5 — 10 мин.) и в сухой перевязке, если нужно, с присыпкой дезинфицирующих порошков (*xeroformium*).

Такую же клиническую картину представляет гангрена вследствие закупорки *a. dorsalis pedis* при сифилисе и малярии. Здесь требуется то же лечение с присовокуплением противосифилитического (ртутные препараты, сальварсан) и противомаларийного лечения (хинин, мышьяк).

¹ П. В. Кожевников. К вопросу о причинах гангрены после впрыскивания ртутных препаратов. «Венерология и дерматология», 1925, № 2. — Он же. О механизме развития глубокой гангрены после впрыскивания ртутных и висмутовых препаратов. «Русский вестник дерматологии», 1927 г., № 9.

Гангрена при диабете.

(*Gangraena diabetorum.*)

Gangraena diabetorum может быть в такой же форме, как старческая, т.-е. на пальцах ног, с теми же явлениями или в виде разбросанных, преимущественно по нижним конечностям, очагов в форме пузырьков и пузырей, дно которых вскоре чернеет. В благоприятных случаях через некоторое время струп отграничивается демаркационной линией, отпадает, и язва заживает более или менее глубоким рубцом. Нередко гангрена принимает ползучий характер (*gangraena diabetorum serpiginosa*). Гангрена развивается на месте какой-нибудь травмы или самостоятельно.

Патолого-анатомические изменения при гангрене диабетиков состоят в *endoarteritis* и *endophlebitis obliterans*.

Предсказание требует осторожности в виду большого процента смертности.

Лечение состоит в противодиабетической диете и впрыскивании инсулина, а местное — как при вышеописанной форме.

Омертвление кожи у истеричных.

(*Gangraena hysterica.*)

Гангрена у истеричных обыкновенно развивается после предшествующего высыпания пемфигуса, крапивницы, после отека. Травма способствует ее образованию, равно как и вообще всякое раздражение, даже ничтожное, кожи, напр., приложение индифферентного пластыря. Кожа истеричных отличается большою ранимостью.

Гангренозный струп образуется в несколько дней, вскоре в окружности его формируется бороздка с нагноением. Но отделение струпа происходит медленно, в течение недель. После заживления остается келоидный рубец. При распознавании нужно принимать во внимание возможность симуляции у истеричных.

Лечение состоит в средствах против истерии (успокаивающие, укрепляющие). Местно применяются индифферентные мази на струпе и дезинфицирующие присыпки (ксероформ) на язвы.

Множественное омертвление кожи.

(*Gangraena cutis multiplex.*)

Страдание наблюдается, главным образом, у маленьких детей на 1-м, 2-м, 3-м году жизни, плохо упитанных, кахектических. Начинается образованием на туловище и конечностях красных пятен

с чечевицу и более, на которых быстро появляются пузыри с кровянистым содержимым. Вскоре по разрыве покрывки дно превращается в черный струп, медленно отделяющийся и оставляющий после себя язву, заживающую более или менее глубоким рубцом. Болезни предшествуют и сопровождают приступы лихорадки, с потрясающими знобами, головные боли, общая слабость. Среди детей в 50% наблюдается смертность.

Причину болезни видят в бактериях, особенно в *bacterium pyocyaneum*.

Лечение состоит в укрепляющих (питательная пища, железо), размягчающих струпы (*ung. diachylon*) и дезинфицирующих язвы (*хероформий*).

Местная синюха и симметрическое омертвление конечностей.

(*Asphyxia localis et gangraena symmetrica extremitatum. Morbus Raynaud.*)]

При местной синюхе кожа кистей и пальцев рук, стоп и пальцев ног, также нередко кончика носа и ушей, представляется красноватой, цианотичной, синеватой и холодной на ощупь. К этим явлениям часто присоединяется усиленная потливость, вследствие чего кисти и стопы всегда влажные и мокрые. Нередко кожа пальцев отечна и уплотнена, а иногда уплотнение столь сильно, что получает вид настоящей склеродактилии.

При поднятии рук кверху синюха уменьшается или совсем исчезает, но при опускании рук снова появляется. При давлении на синюшную кожу последняя бледнеет, а по прекращении давления делается на известное время алой, светло-красной, что указывает на временное ускорение артериального кровообращения.

При проведении шпатель по синюшной коже в некоторых случаях не получается никакой сосудистой реакции, но чаще получается белый дермографизм, указывающий на то, что сосудосуживающие нервы сильно возбудимы. Выше, на предплечьях, также весьма часто наблюдается белый дермографизм, даже и в тех случаях, когда на груди и спине, наоборот, вызывается красный дермографизм.

Субъективные ощущения, то слабо, то сильно выраженные, состоят в ощущении холода, болей и жжения, иногда зуда в пораженных конечностях. В некоторых случаях ощущение холода в ногах бывает так сильно, что больной не может уснуть в течение нескольких часов. Холодные и мокрые руки причиняют большое неудобство больному, вынуждая его избегать общества.

По наблюдениям нашей клиники, кровяное давление в пальцевых артериях повышено; по излечении болезни оно приходит к норме.¹

Все явления резче выражаются в холодное время года, когда нередко к постоянно существующей синюхе присоединяется уплотнение кожи, особенно припухание пальцев, и тяжелые субъективные ощущения.

Началом болезни в большинстве случаев служит ознобление, даже и ничтожное, на которое больной в свое время, быть может, и не обратил никакого внимания. На ухудшение болезни оказывает влияние охлаждение и душевные волнения.

Из общих явлений у разбираемых больных отмечают малокровие и неврастению.

При распознавании нужно исключить синюху конечностей, зависящую от недостаточности обмена газов в легких, при мышечной недостаточности правого сердца, при врожденных пороках сердца и эмфиземе; при названных страданиях венозный застой более распространенный, а не ограничивается одними конечностями, заметны расширенные вены и нет ненормальных ощущений в конечностях.

Течение болезни продолжительное — многие годы. Постепенно, хотя и очень медленно, болезнь ухудшается: начавшись с мало заметного цианоза рук и ног, без всяких ненормальных ощущений, она доходит до резкой синюхи, с сильными болями и уплотнением кожи.

Осложнения могут состоять в развитии на синюшных конечностях экземы и dysidrosis (пузырьки без воспалительных явлений). То и другое страдания на измененной коже всегда являются очень упорными.

Причину болезни нужно относить к ненормальному состоянию нервно-сосудистой системы, которое выражается склонностью сосудов к спазму. При таких условиях достаточно незначительного охлаждения, чтобы вызвать продолжительный спазм артерий с последующим стойким расширением капилляров и вен. Механизм сказанных изменений можно представить в такой форме, что после длительного спазма сосудов и побледнения кожи на холоде наступает реакция: спазм проходит, и масса крови устремляется в пустые капилляры и вены, растягивая их стенки за пределы упругости настолько, что они уже не в состоянии достаточно сократиться. Ток крови по расширенному руслу, и притом в сосудах с ослабленной эластичностью, замедляется. Отсюда перепополнение ткани венозной кровью, придающей коже синий цвет.

На местах произведенного давления, а также часто и без всякого давления, можно наблюдать на синюшной коже игру цветов: вместо синего цвета получается светло-красный, который через некоторое время

¹ В. Н. Космадис. Пит. выше.

опять заменяется синим. Это подтверждает только что сказанное о замедлении тока крови: достаточно в каком-нибудь участке ускорить кровообращение, чтобы получить цвет артериальной крови.

Лечение болезни. Из вышесказанного вытекает, что при лечении болезни нужно бороться с склонностью артерий к спазму, застоем крови и уплотнением кожи. С этой целью применяются следующие средства.

Сосудорасширяющие: тепло в различных формах приложения: горячие водяные ванны ($32 - 34^{\circ}$ R) для конечностей ежедневно по 10—15 минут; еще лучше горячие сухо-воздушные ванны $50^{\circ} - 60^{\circ}$ R, также свето-электрические $40^{\circ} - 45^{\circ}$ R, по 30—40 минут ежедневно, горяче-воздушный электрический душ такой температуры, которую больной может переносить (разумеется, при нормальной чувствительности), по 5—10 мин. два раза в день.

Кроме того, из сосудорасширяющих средств можно применять углекислые ванны, благоприятное влияние которых мне неоднократно приходилось наблюдать в Кисловодске.

Разрешающие: массаж и гимнастика конечностей (сгибание и разгибание пальцев, кистей, *pronatio, supinatio*) ежедневно по 10—15 минут.

Укрепляющие ткань и в частности сосуды: фарадизация сильным током, до сильного сокращения мышц, всей конечности, ежедневно по 10—15 мин.; гальванизация (другой электрод на позвоночник) силой до 10—12 М.-А., 10—15 мин. Кроме того, употребляются общеукрепляющие средства: железо и мышьяк.

Из гигиенических советов предписывается теплое содержание конечностей, особенно в холодное время года (теплые перчатки и пр.).

Описанная синюха конечностей в редких случаях переходит в болезнь Raynaud.

Вышеуказанная склонность артерий к спазму усиливается до такой степени, что по временам являются приступы побледнения и как бы омертвления (анестезия) одного или нескольких пальцев (*syncore, doigt mort*).

Иногда болезнь начинается этими приступами омертвления, за которыми уже следует синюха. После ряда указанных приступов развивается гангрена.

Период гангрены. На пораженных участках, всего чаще на пальцах, появляются пузырьки-пустулы с серозно-гнойным содержанием. По разрыве их покрывки обнажается язва, то очень поверхностная, то более глубокая. Дно ее красное, со скудным отделением. Одни язвы скоро рубцуются, другие подвергаются гангрене: дно язвы делается темным — образуется струп; через известное время обрисовы-

вается демаркационная линия, струп отходит и оставшаяся язва рубцуется.

В других случаях гангрена наичаще начинается на конце пальцев, без предварительного образования пустулы. Язвы и особенно гангренозности сопровождаются жестокими болями.

Кожа пальцев, и без того уплотненная, уплотняется еще более вследствие рубцов. Она спаивается с костями и представляется туго натянутой, напоминая склеродактилию.

Причиной болезни является расстройство питания ткани вследствие спазма сосудов. Способствующей причиной нередко является сифилис, изменяющий стенки сосудов, и различные истощающие болезни: тиф, пиемия и др. Также наблюдается это страдание при сирингомиелии и спинной сухотке.

Для лечения применяются, но еще более настойчиво, вышеуказанные средства и в соответствующих случаях противосифилитические.

Язвы кожи.

(*Ulcera cutanea.*)

Язва представляет распад ткани, вторичный вслед за образованием первичного элемента: пустулы, бугорка (сифилитические, волчаночные язвы и др.). Но в некоторых случаях она приобретает самостоятельное значение или потому, что начальный первичный элемент слабо выражен, недолговечный, быстро переходит в язву и потому незаметен, или же образование язвы является первичным, без предшествовавшего первичного элемента. К таким самостоятельным язвам относятся прободающая язва и хроническая язва голени.

Прободающая язва.

(*Mal perforant. Ulcus perforans.*)

Прободающая язва (рис. 45) всего чаще бывает на подошве, преимущественно в области головки первой плюсневой кости, также головки пятой плюсневой, в области пятки и на других выдающихся частях подошвы, наиболее подвергающихся давлению. Но может быть и в других областях: на кистях, на крестце и ягодицах,¹ также на голени.

Болезнь начинается болезненной мозолью, на которой повторно появляются пузырьки. Затем образуется струп, в который входит мозоль. Струп отпадает, обнажая язву.

¹ Проф. П. В. Никольский. Трофоновротические язвы кожи при поражении саудае equinae. «Вопросы невро-псих. медиц.», т. I. 1896.

Характерные свойства язвы следующие: язва воронкообразна, наклонна углубляться более и более, захватывая подлежащие мягкие части и иногда доходя до кости. Дно вялое, бледное, безжизненное, покрыто такого же свойства грануляциями. Края отвесные, возвышенные, мозолистые, роговые. Дно, края и периферия язвы анестезированы.



Рис. 45. *Ulcus perforans*.

Течение крайне медленное, измеряется месяцами и даже годами. По заживлении образуется более или менее углубленный большею частью келоидный рубец. До настоящего заживления могут быть повторные ложные заживления: с рогового периферического валика роговой покров надвигается на язву и покрывает ее, симулируя полное излечение; этот роговой покров оказывается непрочным, марким, вскорее сходит, снова обнажая язву.

Причины болезни. Страдание часто бывает при *tabes dorsalis*, *syringomyelia*, *neuritis*, что указывает на зависимость страдания от нервной системы. На то же указывает анестезия язвы. Поэтому болезнь с полным правом можно назвать трофоневротической, зависящей от измененного влияния нервной системы на жизнь тканей. Кроме того, прободающая язва

может зависеть от эндоартерита при сифилисе, диабете, алкоголизме, различных интоксикациях.

Предсказание в большинстве случаев неблагоприятное, так как обуславливающая причина (*tabes*, *syringomyelia*) большею частью неустранима. Оно лучше при *endoarteritis syphilitica*, который проходит при специфическом лечении.

Лечение. Необходимо, насколько возможно, лечение вызывающих страданий. При *tabes* и *endoarteritis syphilitica* ртутное, иодистое лечение и вливания салварсана. При сирингомиелии — *kali jodatum* и гальванизация позвоночника. При неврите, смотря по периоду, успокаивающее (теплые ванны, мушки, морфий) или возбуждающее (массаж, электризация). Местное лечение состоит в применении средств возбуждающих, в виду вялости ткани и анестезии (ароматические ванны, гальванизация и фарадизация). Само собой разумеется, требуется покой.

Хроническая язва голени.

(*Ulcus cruris chronicum.*)

Хроническая язва голени может быть выделена в особую группу по своей этиологии и своему течению. Излюбленное место ее — внутренняя поверхность нижней трети голени. Но она может распространяться и на другие поверхности и даже кольцом охватывать голень. Точно также она может поражать среднюю и верхнюю трети голени и стопу.

Обыкновенно образованию язвы предшествуют другие болезни, всего чаще хроническая экзема, также сифилитические язвенные процессы.

При хронической экземе ткань кожи рыхлая, отёчная, застойная, постоянно с открытыми участками: ссадинами после разорвавшихся пузырьков и расчесами, что дает возможность самым разнообразным бактериям прививаться на коже.

После сифилитических язв образуются рубцы, нередко сращенные с костью. Питание таких рубцов слабое. Достаточно присоединения зуда и расчесов, чтобы питание еще более пострадало.

Указанными явлениями готовится почва для хронической язвы голени, но для образования ее требуется еще большее расстройство питания. Это последнее происходит под влиянием особых расстройств кровообращения.

В нижних конечностях, вообще, ток крови замедленный, благодаря отвесному положению, затрудняющему ток венозной крови. Поэтому нижние конечности нередко имеют синеватый цвет. На них же прежде всего отзывается общая слабость кровообращения образованием отёка. Но, кроме того, в самых сосудах нижних конечностей весьма часто происходят болезненные изменения в форме узловатого расширения вен (*varices*), особенно во время беременности. Слабость венозной системы, в связи с вышеуказанной, при экземе и рубцах, доступностью кожи бактериям, создает условия, благоприятные для развития флебитов. При указанных условиях развиваются также лимфангоиты. Повторные флебиты и лимфангоиты ведут к узловатому или разлитому уплотнению кожи. Уплотненная таким образом кожа, покрытая ссадинами и пустулами или рубцово измененная, представляет ткань с очень плохим питанием. Достаточно, чтобы благодаря расчесам образовалась ссадина, и эта ссадина превращается в язву, сначала поверхностную, а затем углубляющуюся и распространяющуюся по периферии. Создаются условия, благоприятствующие распаду ткани, но нет условий, благоприятствующих ее восстановлению. Поэтому язва может существовать десятки лет.

К характерным свойствам язвы относится вялый, безжизненный вид дна, нередко мозолистые края, сильно противодействующие зажи-

влению, и ихорозное отделяемое. Окружающая кожа или уплотненная синеватого цвета или рубцово измененная.

Субъективные ощущения состоят в болезненности язвы. Иногда боли бывают очень сильные.

Патолого-анатомические изменения состоят в распаде тканевых элементов, после разнообразных дегенеративных изменений в них и в круглоклеточной инфильтрации ткани.

Течение болезни, как уже сказано, очень продолжительное, до десятков лет.

Предсказание при больших язвах, особенно кольцевидных, неблагоприятное.

Лечение требует применения средств, ускоряющих кровообращение, разрешающих инфильтрат, возбуждающих вялую ткань, дезинфицирующих, болеутоляющих. Для достижения указанных целей применяются теплые местные ванны, массаж кожи выше язвы и в окружности язвы; гальванизация и фарадизация (через воду); малые дозы Рентгена ($\frac{1}{3}$ E. D.); местно на язву применяются мази с *balsamum peruvianum* (5—10%), с *xeroformium* (10%), *extr. belladonnae* (1%), *orthoformium* (10—20%). Важное значение имеет бинтование фланелевым или полотняным бинтом с давлением, постепенно уменьшающимся кверху, и положение ноги кверху.

В последнее время с некоторым успехом применяют выпрыскивания молока (5—10 куб. см через 2 дня, до 15 выпрыскиваний) и аутогемотерапию (5 куб. см крови через день, до 15 выпрыскиваний).

ОТВЕРЖДЕНИЕ КОЖИ.

(*Sclerodermia*.)

Под именем склеродермии разумеется страдание, характеризующееся уплотнением кожи, отдельных участков ее в форме круглых бляшек (*sclerodermie en plaques*), маленьких кружков (*morphea guttata, punctata*), полос и шнуров (*sclerodermie en bandes*), тоненьких полосок (*sclerodermia striata*), или диффузным уплотнением целых областей кожи (*sclerodermia diffusa*), напр., всей кожи лица, а в тяжелых случаях всей или почти всей кожи, включая лицо, туловище и конечности (*sclerodermia universalis*).

Склеродермия представляет в своем течении три периода.

1. Начальный период отека и гиперемии, который в огромном большинстве случаев ускользает от наблюдения врача, а также нередко самого больного, но на основании некоторых наблюдений он должен быть принят. Пораженный участок кожи краснеет,

поверхность кожи делается слегка блестящей и напряженной, вследствие глубокого отека в *corium* и в подкожной клетчатке. Отек с самого начала представляется плотным, вследствие того, что к нему скоро присоединяется инфильтрация ткани, т. е. начинается период уплотнения. У одного из наших клинических больных (1900/1901 уч. г.) страдание началось болями в задних мышцах голени, краснотой кожи в названной области и образованием среди нее плотного узелка. Начальная краснота может быть очень резкой, напоминая рожистую красноту, но в других случаях отёк бывает без красноты, как это хорошо иллюстрируется на другой нашей больной (1901/1902 уч. г.) — девочке 10 лет, у которой, кроме участков с резко выраженной стадией уплотнения на лице и разгибательных поверхностях верхних конечностей, имелся и начальный период отёка без красноты на внутренних поверхностях предплечий. Ни больная, ни родители ее не подозревали заболевания последних, которое обнаружено при тщательном исследовании кожи. Отек с краснотой или без красноты переходит в настоящее уплотнение ткани.

2. Период уплотнения. Плотность пораженного участка постепенно увеличивается, особенно по мере распространения процесса в глубину: на подкожную клетчатку, фасцию, мышцы и надкостницу; в резко выраженных случаях она доходит до плотности дерева. Но какова бы ни была степень плотности, даже и в самом начале она всегда настолько значительна, что оказывает полное противодействие давлению пальцем, которое не оставляет после себя заметной ямки.

Подвижность кожи при оттягивании складки постепенно уменьшается при распространении уплотнения на глубокие части: она делается значительно ограниченной при участии в процессе подкожной клетчатки и совершенно уничтожается при совместном уплотнении мышц, сухожилий и надкостницы, когда кожа спаивается со всеми подлежащими частями.

Цвет пораженных участков или розоватый, или буроватый (пигментация), или безжизненный, подобный алебастру. Последний является характерным для страдания.

Выработка пигмента очень часто уклоняется от нормы. Пораженные участки представляются иногда сильно пигментированными или наоборот. На здоровых участках (то есть, не пораженных склеродермией) иногда бывает *vitiligo*. В некоторых случаях значительная и распространенная пигментация дает мысль о *morbus Addisonii*, но при этом слизистые оболочки всегда остаются непигментированными.

Волосы нередко представляют явления атрофии: поседение и выпадение.

Поверхность пораженных участков гладкая, лоснящаяся, блестящая вследствие растяжения и изглаживания естественных бороздок кожи.

Она немного возвышается над уровнем окружающих частей. При *sclerodermie en plaques* можно видеть, как и при других видах ограниченной склеродермии, уплотнения той или другой формы, выступающие на $\frac{1}{2}$ — 1 мм над окружающей кожей.

Температура пораженных участков обыкновенно ниже на 0,5 — 1,5 Ц, чем здоровой окружающей кожи.¹ Деятельность потовых желез нормальна или даже усилена вначале, но ослабляется в атрофической стадии.

Чувствительность пораженных участков наичаще сохранена, но иногда бывает понижена.

Отправление соответствующих мышц и сухожилий при глубоком распространении процесса значительно ослаблено и даже нередко совершенно уничтожено. Это особенно резко выступает на лице, которое утрачивает мимику, делается неподвижным и не может уже служить для выражения душевных движений: печаль и радость одинаково выражаются полной неподвижностью лица, которое представляется как бы застывшим и сравнивается с каменной маской. Точно также крылья носа делаются неподвижными, а движения отверстия рта ограниченными.

При поражении кожи груди ослабляется и уничтожается деятельность межреберных мышц, что в значительной степени затрудняет дыхание.

Отправление соответствующих суставов также ослабляется и уничтожается, так как уплотненная кожа, спаянная с подлежащими частями, составляет препятствие для движения сустава. Это особенно ясно выступает при поражении пальцев рук (*sclerodactylia*), которые представляются утолщенными, с лоснящейся кожей, плотно спаянной с подлежащими частями.

В некоторых случаях *sclerodermia* поражает также и слизистые оболочки зева, полости рта, языка и слизистую оболочку влагалища.

В дальнейшем течении пораженные участки или идут к полному выздоровлению, что встречается реже (соответствующее наиболее раннее лечение оказывает при этом большое влияние), и притом в случаях неглубокого распространения процесса, или же чаще, по прошествии годов, переходят в атрофию.

3. Период атрофии характеризуется истончением кожи, которая в конце концов делается морщинистой и тонкой, как листок бумаги; через нее свободно просвечивают венозные сосуды. В случае спайки кожи с глубже лежащими частями атрофия касается и этих последних; истонченная кожа, не берущаяся в складку, представляется как бы туго натянутой непосредственно на кости. Атрофия захватывает

¹ В. С. Космадис. Цит. выше.

и самую костную ткань, что при *sclerodactylia*, в некоторых случаях, ведет к всасыванию и к исчезанию фаланг. В атрофической стадии болезни нередко появляются секреторные расстройства — ослабление функции потовых и слюнных желез и трофические — экзематозное состояние кожи в форме мокнутия; образуются пузыри, из которых многие переходят в язвы. Последние, появляясь обыкновенно в коже, плотно спаянной с подлежащими частями, жизнедеятельность которой в значительной степени ослаблена, отличаются очень длительным течением и упорно сопротивляются лечебным мероприятиям.

Течение болезни. Появлению вышеописанных характерных изменений кожи предшествует продромальный период неопределенной продолжительности и с довольно неопределенными, мало характерными субъективными и объективными явлениями. Субъективные ощущения состоят в разнообразных парестезиях, каковы: зуд, ощущение жара или холода, ощущение ползания мурашек, боли невралгические (напр., невралгия лица, боли поясницы, опоясывающие боли) или ревматоидные: в мышцах (иногда судорожного характера) и суставах. У нашего клинического больного (1900/1901 уч. г.) прежде всего боли появились в задних мышцах левой голени. Эти продромальные боли ощущаются не только в тех участках, в которых затем развивается склеродермия, но также и в тех, которые остаются навсегда свободными от нее. Но иногда болезнь начинается без всяких субъективных ощущений, как это было в другом нашем случае (у девочки).

Объективные изменения в продромальном периоде состоят в сыпях, наичаще пузырьчатых (*eczema*, *herpes*, *pemphigus*), также в ненормальном потоотделении: оно то усилено, то уничтожено. Кроме того, иногда наблюдаются телеангиэктазии и нередко местная асфиксия конечностей. Склеродермические изменения кожи, появившись, вначале не вызывают никаких особых ощущений и на первых порах обыкновенно просматриваются больным. Иногда больные обращаются к врачу лишь тогда, когда уплотненные на значительном протяжении участки кожи начинают мокнуть, причем нередко и врач относится к больному, как к экзематику. И лишь более тщательный осмотр всей кожи больного указывает на существование на различных местах склерозированных участков, с чем согласуется и значительное уплотнение мокнущих мест, не соответствующее интенсивности предполагаемой экземы и носящее другой характер по сравнению с уплотнением кожи при хронической экземе.

Начальное поражение не имеет особо излюбленных областей кожи. Оно может развиваться на лице, туловище и на конечностях. Раз появившись, страдание обыкновенно усиливается, хотя и очень медленно, многими месяцами и даже годами. Усиление болезни состоит, во-первых, в том, что в процесс постепенно вовлекаются и подлежащие

части: фасции, мышцы, сухожилия и надкостница, причем первоначально пораженный участок кожи делается более плотным и менее подвижным, и в то же время отправление сухожилий, мышц и суставов более и более нарушается; во-вторых, в увеличении количества отдельных начальных гнезд уплотнения, которые, постепенно сливаясь между собой, обуславливают разлитое уплотнение кожи целой известной области, напр., стоп, голеней и т. п. Уплотненные участки, в некоторых более редких случаях, строго ограничиваются одной половиной тела, как было в одном из наших случаев; ¹ обыкновенно же они располагаются на обеих половинах и притом симметрично. Иногда они соответствуют областям распространения определенных нервов. Так, у вышеупомянутой девочки резко выраженное страдание занимало лицо в области II и III ветвей *n. trigemini* и разгибательные поверхности плеч и предплечий в области разветвлений *n. radialis*.

Прогрессирующее распространение болезни обыкновенно происходит в некотором определенном порядке: сначала новые гнезда уплотнения появляются в той же области, где появилось и начальное гнездо, затем они появляются на смежных областях и т. д. Например, дело начинается со стоп, затем страдание поражает голени, бедра, туловище, верхние конечности и лицо. При этом в одних областях поражение может быть сплошным, в других гнездным.

Субъективные ощущения в развитом периоде болезни состоят чаще в чувстве давления; кожа делается как бы слишком тесной; иногда — в зуде, главным образом, при развитии экзематозного состояния, и в ощущении боли в различных мышечных группах.

Патолого-анатомические изменения. Процесс начинается в *corium* и подкожной клетчатке изменением в сосудах. Оболочки сосудов утолщаются, нередко до полной облитерации сосуда; около сосудов наблюдается скопление мелкого круглоклеточного инфильтрата, иногда столь значительное, что он совсем вытесняет жировую ткань. В стадии же атрофии замечается развитие соединительнотканых пучков; в то время как инфильтрационные гнезда исчезают, вся ткань кожи делается плотной и малокровной, эпителиальный слой истончается, не претерпевая качественного изменения (исключая тех случаев, когда развивается мокнутие и образуются пузыри и язвы). Инфильтрационный и атрофический процессы могут комбинироваться в одном и том же пораженном участке (Линдстрем).

Распознавание. При распознавании болезни мы должны иметь в виду характерные черты ее: уплотнение кожи, спайку ее с подлежащими частями и последовательную атрофию.

¹ Е. Д. Данилевская и Г. И. Марков. Случай односторонней точечной склеродермии с отёком кожи той же половины тела. «Мед. мысль», 1925, т. III, кн. 2.

Следующие болезни могут подать повод к смешению их со sclerodermia:

1. *Myxoedema* (слизистый отек). Как показывает самое название, кожа при названном страдании напоминает отёчную кожу, хотя при давлении и не оставляет углубления, свойственного простому отёку. Но в то же время в ней нет твердости, которая так характерна для склеродермии. Нет и последовательной атрофической стадии. Кроме того, мукоедема представляет процесс разлитой, тогда как sclerodermia очень часто является гнездовой. Лицо, излюбленное место мукоедем'ы, представляет совершенно своеобразную картину: оно как бы отёчно, веки припухшие, глазная щель сужена.

2. *Elephantiasis arabum* представляет болезнь, характеризующуюся гипертрофией кожи и подкожной клетчатки, причем чаще всего процесс этот поражает нижние конечности и реже genitalia (penis, scrotum). Пораженный участок увеличен в 2 — 4 раза и более против нормы. Сильно утолщенная и обезображенная голень и стопа представляют сходство с ногой слона. Поверхность их неровная, бугристая; к уплотнению ткани всегда присоединяется и отёчность. Атрофической стадии не наблюдается. Указанная исключительная локализация, огромное утолщение конечности, известная степень отёчности и отсутствие последовательной атрофии кожи резко отличают elephantiasis от sclerodermia.

3. *Keloid* — плотная плоская опухоль, выступающая над уровнем кожи, с отростками по периферии, как бы внедряющимися в окружающую ткань, красноватого цвета, едва ли может дать серьезный повод к смешению ее со склеродермией.

4. *Бугорковая форма проказы* с темно-красными, иногда ясно анестезированными буграми и *нервная форма* с обесцвеченными и резко анестезированными участками кожи (без инфильтрации), едва ли может быть смешана со склеродермией. Но наблюдаемая при нервной форме проказы деформация пальцев, с мутиляцией (рассасыванием) фаланг и образованием язв, может быть смешана со sclerodactylia, при которой также наблюдается всасывание фаланг и изъязвление. Но характерное уплотнение кожи и спаивание ее с подлежащими частями, при отсутствии анестезии, дают точку опоры для диагноза склеродермии.

Язвы и гангрена пальцев при болезни Рэйно сопровождаются сильными болями и развиваются на синюшных конечностях, после повторных приступов омертвения пальцев (doigt mort). При sclerodactylia такого симптомокомплекса не наблюдается.

Причина болезни не выяснена точно. Но клинические и патолого-анатомические данные указывают на то, что тут, по всей вероятности, мы имеем дело с трофоангионеврозом. Из клинических

фактов можно указать на встречающуюся нередко нервно-психическую наследственность и наследственность к нервным кожным страданиям. У одной из моих больных бабка страдала какой-то сыпью; у сестры был мокрый лишай 11 лет (вскоре после этого она умерла от рака); у брата *ichthyosis*; второй брат, доктор, страдает умственным расстройством; третий брат умер от испуга; четвертый страдает тучностью. Точно также вызывающей причиной могут быть нервные потрясения (испуг) и травма. Нередко склеродермия сопровождается изменением чувствительности.

Патолого-анатомические факты указывают на изменения сосудов, а также периферической и центральной нервной системы.

С другой стороны, есть указания на зависимость склеродермии от расстройств эндокринных желез (половых, щитовидной железы, надпочечников). В одном наблюдавшемся в нашей клинике случае склеродермия развилась во время цынги. Возможно, что цынга действовала на трофические центры кожи или на эндокринные железы.¹

Предсказание относительно кожных изменений в стадии уплотнения более благоприятно, чем в стадии атрофии, так как уплотнение кожи может проходить при соответствующем лечении. Предсказание относительно жизни вообще благоприятно, но иногда наступает общее истощение, приводящее к смерти само по себе или через посредство случайных заболеваний: пневмонии и др.

Лечение болезни состоит, главным образом, в применении решающих средств: тепла в разных формах, включая лечение горячими, серными и грязевыми ваннами и массажа. При настойчивом применении указанных средств можно добиться блестящих результатов даже в тяжелых и далеко зашедших случаях. Кроме того, имеет значение гальванизация в области позвоночника и пораженных мест кожи как средство, укрепляющее нервную систему и кожу, тиреоидин и лучи Рентгена: W. 10, через 3-миллиметровый алюминиевый фильтр, 2 E. D., с повторением через месяц.

БОЛЕЗНИ КОЖИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ОБЩЕЙ КРАСНОТОЙ И ШЕЛУШЕНИЕМ.

Erythrodermia exfoliativa universalis.

Страдания кожи, выражающиеся краснотой и шелушением и занимающие в своем конечном развитии всю поверхность кожи, объединены французскими авторами в одну группу под названием *erythrodermia exfoliativa universalis*. Больной, пораженный с головы до пят эритродермией, по справедливости может быть назван «красным человеком».

¹ Н. В. Добротворская. Случай склеродермии, развившейся во время цынги. «Мед. мысль», 1924. № 5 — 7.

По некоторым клиническим явлениям и особенно по течению болезни отличают в этой группе три страдания: *erythema scarlatiniforme*, *dermatitis exfoliativa* и *pityriasis rubra*.

Erythema scarlatiniforme

Болезнь начинается общим недомоганием с повышенной (38° — 39° Ц) температурой. Очень быстро или через несколько дней появляются красные пятна на какой-нибудь области кожи. Краснота в 1 — 2 дня распространяется на всю поверхность кожи. Через 3 — 4 дня начинается шелушение, очень обильное, так что постель больного усыпается массой чешуй. Шелушение пластинчатое, широкими, тонкими чешуями. Страдание продолжается до 3-х недель, а затем краснота и шелушение постепенно уменьшаются, и кожа постепенно совершенно оздоравливается. Но болезнь очень склонна к возвратам через неопределенные промежутки времени. Течение болезни при возвратах короче.

Бывает поражение зева в форме *angina erythematosa*. При описываемом страдании я наблюдал белый дермографизм кожи, болезненную чувствительность при давлении области симпатических шейных узлов и периферических нервов. Иногда наблюдаемые осложнения состоят в альбуминурии, артрите, эндокардите.

Патолого-анатомические изменения состоят в сильной мелкоклеточной инфильтрации в сосочках и под сосочками и в утолщении рогового слоя, который содержит ядра.

Исход благоприятный.

Причину болезни относят к влиянию лекарственных веществ, особенно ртути, и к неизвестным еще инфекционным началам. Страдание обыкновенно связано с известными сезонами года (весна, осень) и сопровождается эпидемии кори, scarlatины, оспы, тифа. Последнее обстоятельство заставляет относить *erythema scarlatiniforme* к инфекционным эритемам.

Распознавание. Отличием от *скарлатины* служит меньше выраженное общее расстройство и особенно раннее начало шелушения, еще в разгаре покраснения кожи, тогда как при скарлатине шелушение начинается после исчезновения красноты.

Лечение состоит в употреблении хинина и салицилово-кислого натра.

Отслаивающее воспаление кожи взрослых.

(*Dermatitis exfoliativa universalis adultorum* Wilson-Brocq.)

Названное страдание характеризуется краснотой и шелушением всей поверхности кожи, от головы до пят, сопровождающимся выпадением волос и поражением ногтей.

Страдание развивается первично или вторично в течение другого кожного процесса, чаще всего псориазиса.

Болезнь в большинстве случаев начинается мало заметными явлениями: незначительным ощущением зуда или жжения в коже и в редких случаях более резкими явлениями зуда, тошноты, зноба, потоотделения. Красные пятна появляются большей частью в подмышечных, паховых областях, в области половых органов и затем, в течение 8—10 дней (редко в два дня), краснота распространяется по всей коже. Вскоре, через 6—12 дней, появляется шелушение. В одном из наших случаев в течение полугода появлялась преходящая краснота лица, сопровождавшаяся мигренью, и лишь затем развилась стойкая краснота с шелушением всей кожи.

Окраска кожи индивидуально, а также по областям, колеблется от ярко-розовой до темно-красной. При давлении пальцем, в периоде наибольшего напряжения и воспалительного состояния, окраска кожи почти не изменяется. При ослаблении воспаления кожа при давлении немного бледнеет, но по прекращении давления так быстро краснеет, что едва можно уловить момент побледнения. Очевидно, давление в сосудистой системе кожи очень высоко. В дальнейшем побледнение делается более значительным и более продолжительным. Точно так же изменяется окраска конечностей при поднимании их вверх. В разгаре болезни это изменение почти незаметно, затем получается побледнение, очень быстро проходящее при опускании конечности книзу, и, наконец, побледнение, медленно сменяющееся краснотой.

Шелушение крупно-пластинчатое. Красная кожа покрыта широкими овальными чешуями в 1—2 и более см в диаметре. Они держатся то своей центральной частью, тогда как вся остальная поверхность их свободна, то каким-либо краем. При проведении рукой по коже масса чешуй удаляется. Часто вся постель больного усыпана чешуями. В течение суток их отделяется 30—40 и более, до 120 граммов.

Красная и шелушащаяся кожа в то же время утолщена и потому напряжена. Напряжение кожи сказывается на лице выворотом нижнего века и неподвижностью черт лица. Губы опухают, затрудняя движения рта. Естественная бороздчатость кожи, в виде параллельных бороздок и ромбовидных полей, резко выражена вследствие инфильтрации ткани. При долгом существовании процесса в некоторых местах, преимущественно на сгибах, в подмышечных и паховых областях, кожа иногда подвергается атрофии и делается гладкой и тонкой.

Сосудистые рефлексы кожи представляют характерные изменения. Где кожа более утолщена, там она имеет темно-красный цвет, почти не бледнеет от давления, сосудодвигательные рефлексы совершенно не вызываются; но там, где напряжение процесса слабее, полу-

чается белый дермографизм; после проведения по коже шпателью или ногтем, через 10 — 15 секунд скрытого периода, выступают очень резко на красном фоне белые полосы. Если те же места раздражать, напр., чесанием, светом кварцевой лампы и т. п., то никаких сосудистых рефлексов не вызывается; с улучшением процесса снова обнаруживается белый дермографизм. Наконец, по излечении болезни, на коже нормальной или почти нормальной по цвету получается нормальная сосудистая реакция, т. е. красная нерезкая полоса, или смешанная реакция, т. е. красная полоса, сменяющаяся белой.

К сожалению, самое начало болезни ускользает от нашего наблюдения, так как больные к нам являются с вполне выраженным страданием. Но в одном случае мы имели возможность наблюдать высыпание в первые дни болезни, и можно было заметить, что на красной коже получались, по проведении шпателью, более красные полосы.

Указанные факты можно объяснить таким образом: вначале болезни раздражаются сосудорасширяющие нервы (и центры); затем они и одновременно сосудосуживающие нервы (и центры) парализуются.

Таким образом, сосуды кожи остаются вне всякого влияния сосудодвигателей. Это — аста процесса. Далее, паралич сосудосуживающих нервов проходит, они начинают действовать, и тогда получается белый дермографизм на красной коже. В конце концов проходит паралич и сосудорасширяющих нервов, что совпадает с оздоровлением кожи и с появлением нормальной сосудистой реакции.

Местная температура кожи выше нормальной, что доказывается непосредственным измерением ее кожным термометром, и что зависит от большого количества притекающей к ней крови. Поэтому потери тепла с кожи повышены, чем и объясняется сильная зябкость таких больных. Они всегда стремятся устроиться близ печки, укрываются массой одеял, лежат в согнутом положении.

Чувствительность кожи повышена. Ощущение зуда иногда доходит до высшей степени и не дает спать по целым ночам.

Весьма часто обнаруживается болезненная чувствительность области шейных симпатических узлов, а иногда также всех доступных нервных стволов (nn. supraorbitalis, supramaxillaris, ulnaris, ischiadicus, popliteus).

Потоотделение и салоотделение ослаблены, чем объясняется сухость кожи. Больные заявляют, что до болезни они потели хорошо, а после заболевания не потеют даже в жаркое летнее время. Однако, в противоположность чешуйчатому лишаю, при котором пораженная кожа совершенно не потеет ни под влиянием пилокарпина, ни под влиянием горячих воздушных ванн, потовые железы при *dermatitis exfoliativa* окончательно не лишены способности к работе, так как в горячих воздушных ваннах — правда, не в самых первых — больная кожа все же покрывается каплями пота.

Придатки кожи, волосы и ногти также поражаются болезнью.

Волосы выпадают вследствие атрофии луковиц. На голове обыкновенно заметно значительное поредение. Но, кроме того, выпадение волос, в большей или меньшей степени, нередко до полного оголения, происходит в области бровей, бак, бороды, в подмышечных впадинах и на лобке.

Ногти неравномерно утолщаются, делаются тусклыми, желтыми, изъеденными как бы червоточинной. Иногда выпадают без воспаления и без боли. Это выпадение ногтей подобно выпадению волос и зависит от атрофии образовательного слоя ногтя.

Сухожильные рефлексы нередко повышены. Рефлекс на волосяные мускулы не вызывается. Очень часто замечается учащение пульса без видимых изменений в сердце и сосудах и при безлихорадочном течении. Лихорадка бывает часто, то незначительная, с небольшими подъемами лишь по вечерам, до 38° , то более высокая: утром 38° — 39° , вечером до 39° — 40° .

Лихорадочный период сменяется безлихорадочным. В одних случаях, несомненно, лихорадка зависит от засорения организма бактериями через трещины и надрывы кожи, причем нередко в коже обнаруживаются гнойники и фурункулы. Но в других случаях за причину лихорадки нужно признать самый воспалительный процесс в коже.

Самочувствие у больного подавленное. Он чувствует общую слабость, мучится зудом, страдает бессонницей, дрожит от холода.

Лимфатические железы, главным образом бедренные и паховые, в меньшей степени и реже локтевые и шейные, значительно увеличиваются.

В пищеварительных органах находят различные отклонения: расширение желудка, запоры, иногда крайне упорные. В других случаях бывает неудержимый понос. В моче находят много осадков мочеислых солей и много индикана. Количество азота и мочевины уменьшено, иногда очень значительно (hypoazoturia).

По течению отличают форму подострую, когда болезнь продолжается 3—6—12 месяцев, и хроническую, с продолжительностью в несколько лет. Большинство случаев оканчивается выздоровлением, в более редких наступает смерть при высокой лихорадке, истощающих поносах, или при осложнениях, каковы: карбункулы, абсцессы, флегмоны, рожа, эшары на os sacrum, trochanter, malleoli и на других местах.

Начавшееся оздоровление кожи происходит медленно. Сначала уменьшается напряжение кожи и интенсивность окраски; при давлении кровь легче выжимается и медленнее приливает. Побледнение делается особенно заметным при растяжении кожи (при сгибании лучезапястного сочленения и др.) и при поднятии конечностей вверх.

В то же время ослабевает лихорадка и зуд, проходит психическая подавленность, больной выглядит бодрее. Интересно, что параллельно улучшению кожного процесса уменьшается и проходит болезненная чувствительность области симпатических узлов и периферических нервов. Кроме того, в это время обнаруживается значительная возбудимость сосудосуживающих нервов (белый дермографизм) и, наконец, при дальнейшем оздоровлении восстанавливается игра волосяных мышц (*cutis anserina*) и нормальная сосудодвигательная реакция (красная полоска).

В конце концов кожа приходит к нормальному состоянию и остается лишь на известное время более или менее распространенная пигментация.

Патолого-анатомические изменения. В клетках рогового слоя содержатся ядра. Стекловидный и зернистый слой отсутствуют. В Мальпигиевом слое межклеточные промежутки расширены, отечны, в клетках вакуольное перерождение. Количество пигмента увеличено; на границе цилиндрического слоя и собственно кожи заметны клетки с отростками, наполненные зернами пигмента. В собственно коже инфильтрация из фибробластов, плазматических клеток и единичных тучных клеток. Инфильтрация не глубокая; она располагается в сосочках, под сосочками, также в окружности потовых желез. Последние хорошо развиты. Волосы и сальные железы атрофированы. Эластические волокна распадаются. В нервной системе находят следующие изменения: геморрагии в продолговатом мозгу, явления миелимита, в Гессеровом узле и симпатических узлах (солнечное сплетение и др.) явления атрофии нервных клеток с инфильтрацией ткани; в корешках и периферических нервах — паренхиматозный неврит. Наконец, отмечается атрофия надпочечников, чем может быть объяснена последующая пигментация кожи.

Причины болезни. Болезнь обыкновенно наблюдается в возрасте 20—50 лет, но бывает и у детей. Причины точно не установлены. Но тем не менее есть данные считать эту болезнь нервной, на что указывают случаи заболевания после душевных аффектов (испуг), повышенная чувствительность периферических нервов и вышеуказанные патолого-анатомические изменения в нервной системе.

Но, кроме того, многие клинические явления говорят за то, что здесь мы имеем дело именно с расстройством сосудодвигательных центров и нервов, таковы: белый дермографизм на красной коже, болезненность в области симпатических узлов, проходящая вместе с улучшением кожного процесса, ускоренная деятельность сердца. Интересно также, что в одном из наших случаев болезнь началась с повторных приступов покраснения лица, сопровождавшихся мигренью. Что касается причины первоначальных расстройств нервной системы, то они могут

быть различны. Мы говорили уже о душевных аффектах. Но, кроме того, нельзя не указать на возможность раздражения нервной системы токсинами кишечного канала, что соответствует нередко наблюдаемому улучшению процесса при усиленном выведении каловых масс при употреблении средств, дезинфицирующих кишечник. Наконец, указывают на зависимость болезни от туберкулеза, относя к нему и припухлость лимфатических желез.

Распознавание болезни. Основанием для распознавания *dermatitis exfoliativa* служит краснота и крупно-пластинчатое шелушение всей кожи, утолщение кожи и отсутствие других морфологических элементов: папул, пузырьков, ссадин, мокнутия. Ссадины и мокнутие, если и появляются, то как случайное осложнение на известных местах, где вообще много влаги (паховые сгибы и др.), и как результат механического раздражения при чесании. Исходя из указанных оснований, легко отличить *dermatitis exfoliativa* от *eczema universale*, *pemphigus foliaceus*, *pityriasis rubra pilaris seu lichen ruber acuminatus*.

1. *Eczema universale* в известных периодах, когда преобладает краснота и шелушение (*eczema squamosum*), может напоминать *dermatitis exfoliativa*. Но при экземе легко выяснить из опроса больного, что ранее был период мокнутия и образования корок. Кроме того, как бы эти последние ни были затушеваны в данный момент, все же их всегда можно найти на том или другом участке кожи, при внимательном осмотре.

2. *Pemphigus foliaceus* в периоде сухости представляет собою общее поражение кожи с покраснением и образованием широких чешуй, напоминающих чешую *dermatitis exfoliativa*. Но при *pemphigus foliaceus* расспрос больного также указывает, что этому периоду сухости предшествовал период мокнутия. Кроме того, при тщательном осмотре всегда можно найти один-другой десяток маленьких дряблых пузырьков. Далее, широкие чешуи *pemphigus foliaceus* отличаются слоистостью и походят на облатки или слоеное тесто, тогда как чешуи *dermatitis exfoliativa* тонкие и однослойные.

Наконец, самое главное, при *pemphigus foliaceus* достаточно легкого трения, чтобы удалить роговой слой и обнажить Мальпигиев слой, чего отнюдь не наблюдается при *dermatitis exfoliativa*.

3. *Pityriasis rubra pilaris* представляет маленькие красные папулки с чешуйками на вершукке. При распространенном поражении слияние папулок дает общее покраснение и шелушение всей или почти всей кожи, что напоминает картину *dermatitis exfoliativa*. Но при *pityriasis rubra pilaris* шелушение мелко-пластинчатое, мукообразное; кроме того, несмотря на общее слияние сыпи, все же можно отыскать участки кожи шероховатые, как терка, от скупенных папулок, чего при *dermatitis exfoliativa* никогда не бывает.

4. *Erythema scarlatiniforme* сопровождается более сильным общим расстройством (температура выше), но, главное, имеет более короткое течение, в несколько недель.

5. Отличие от *pityriasis rubra* будет указано при описании последнего.

Лечение болезни. Основанием для направления лечения служат следующие явления:

1) заметная раздражительность кожи и нервной системы, сказывающаяся бессонницей, зудом и другими ненормальными ощущениями, болезненную чувствительностью симпатических узлов и периферических нервов. Поэтому показаны внутренние и наружные успокаивающие средства, каковы: бромистые препараты, кодеин, хинин, тепловатые ванны, электростатический душ;

2) в то время как сосудосуживающие нервы, оправившись от начального паралича, являются очень возбудимыми, сосудорасширяющие нервы парализованы. Поэтому показаны средства сосудорасширяющие, каковы аспирин, тепло;

3) в коже имеется инфильтрация ткани, поэтому естественно применение противовоспалительных разрешающих средств, каковы: то же тепло в разных видах и массаж;

4) кожа не выделяет пота, поэтому естественно прибегать к средствам, усиливающим потоотделение, каковы: горячие ванны, теплое питье, пилокарпин;

5) кожа суха вследствие атрофии сальных желез. Эластические волокна также атрофированы. Поэтому показаны средства, возбуждающие кожу, каковы: массаж, особенно вибрационный, и электричество в форме общей фарадизации, которая возбуждает также парализованные волосные мышцы. Но так как борьба с недейтельностью сальных желез очень трудная и, во всяком случае, увенчивается успехом очень не скоро, то показаны средства, размягчающие кожу, каковы жиры (вазелин, ланолин и др.);

6) общая слабость, также атрофические явления в железах, волосах и ногтях требуют укрепляющих средств, каковы: мышьяк и железо;

7) переполнение кровью всей кожи дает показание к послабляющим средствам, которые оказывают отвлекающее действие и также выводят токсические вещества из кишечного канала;

8) в виду ненормальности ороговения (шелушение, ядра в роговых клетках) показаны средства кератопластические, как, напр., деготь — *oleum rusci* пополам с ланолином или *unguentum diachylon*.

Суммируя все сказанное, можно нарисовать такую картину лечения; даются *natrium bromatum*, *chininum bromatum* (по 0,2 три раза в день), электрический душ, а при резко выраженном белом дермографизме

aspirinum (0,3 два раза в день), мышьяк, pulvis liquiritiae compositus, полную чайную ложку на ночь, или горькие воды: Баталинская, Гуньяди, по стакану натошак. Полезно, время от времени, давать более сильные проносные, напр., infusum sennae compositum, по столовой ложке через час до действия. Быстрое отвлечение крови от кожи действует на расширенные и вялые сосуды ее, как своего рода гимнастика. При указаниях на туберкулез — соответствующее питание, креозот, гваякол.

Из наружных средств на первом плане стоят теплые ванны: водяные, паровые, сухие горяче-воздушные. После ванны в кожу втирают жир: вазелин пополам с ланолином. Наконец, применяется фарадизация и массаж.

Отслаивающее воспаление кожи новорожденных.

(Dermatitis exfoliativa neonatorum.)

Это страдание наблюдается у новорожденных на 1—5-й неделе после рождения. Вся кожа краснеет; роговой слой делается дряблым, морщинистым и отделяется целыми пластами. Иногда наблюдаются пузырьки. Болезнь продолжается неделю и в половине случаев оканчивается смертью. Эту форму болезни, описанную фон-Риттерсгайном (v. Rittershain, 1878), многие дерматологи не считают самостоятельной, а относят к pemphigus neonatorum или pemphigus foliaceus.

Патолого-анатомические изменения. При вскрытии находят переполнение кровью внутренних органов: сердца, легких, кишек, мозга и мозговых оболочек. В коже — пролиферация клеток нижних частей образовательного слоя и отслойка в верхних частях, при недостаточном ороговении выпележащих слоев. Отёк и расширение сосудов сосочков и подсосочкового слоя с незначительной клеточной инфильтрацией.

Для лечения, кроме правильного питания, снаружи применяют linimentum calcarium, thiolum, tumenolum, присыпку тальком, ванны 28°—29° Р.

Красный отрубевидный лишай.

(Pityriasis rubra Hebrae.)

Pityriasis rubra характеризуется краснотой, шелушением и последующей атрофией кожи.

Болезнь начинается появлением на том или другом участке то одного, то одновременно нескольких красных шелушащихся пятен, постепенно, хотя и медленно, иногда годами, увеличивающихся и распространяющихся на всю поверхность кожи. Пятна всегда сухие. Шелушение мелкое, редко пластинчатое. Кожа на месте пятен не утолщена, а если утолщена, то очень мало. Наоборот, она склонна к атрофии,

которая развивается медленно и приводит к истончению и укорочению кожи. В конце концов истонченная кожа представляется натянутой, вследствие чего получается ограничение некоторых движений. Так, на лице ограничиваются движения рта, происходит выворот нижнего века. На локтях и коленях ограничивается сгибание конечностей. На такой коже делаются надрывы и трещины, образуются язвы.

Больные жалуются на зябкость, иногда на зуд. Волосы выпадают.

Течение болезни продолжительное, многие годы. В конце концов у больных развивается кахексия, и они умирают при явлениях пневмонии, поносов, туберкулеза. Впрочем, известны отдельные случаи выздоровления.

Патолого-анатомические изменения в коже состоят в небольшой мелкоклеточной инфильтрации в сосочках и подсосочковом слое, истончении Мальпигиевого слоя и зернистого, отслойке рогового слоя, содержащего ядра, атрофии потовых и сальных желез. В легких и лимфатических железах часто находят явления туберкулеза.

Причины болезни. На страдание смотрят, как на вазомоторное расстройство, причину которого предполагают в туберкулезных токсинах.

Распознавание. Страдание с красной, шелушащейся, сухой кожей не может быть смешано с *eczema universale*, *pemphigus foliaceus*. От *psoriasis* отличается отсутствием характерных для *psoriasis* пятен, от точки до монеты, характерного шелушения и точечного кровотечения. Всего скорее можно смешать болезнь с *dermatitis exfoliativa*. Отличием служит отсутствие утолщения кожи и атрофия кожи. Однако, указывают на небольшую инфильтрацию и при *pityriasis rubra*; что касается атрофии, то она обнаруживается в поздней стадии. При этих условиях смешение названных страданий вполне возможно.

Лечение не установлено. Капоз указывает на благоприятное влияние карболовой кислоты по 0,5—1,5 в сутки. В виду склонности процесса к атрофии составных частей кожи, должны быть показаны средства укрепляющие, каковы: мышьяк, железо; сосудорасширяющие и потогонные (горячие ванны различных видов), возбуждающие в форме массажа (поглаживание, вибрация). В виду сухости кожи, склонности к надрывам, нужно втирать жиры (ланолин пополам с вазелином и др.).

АНОМАЛИИ ПОТООТДЕЛЕНИЯ.

Потоотделение может изменяться в количественном отношении (усиление и уменьшение) и в качественном отношении (изменение запаха, цвета, химического состава).

Усиленное отделение пота.

(Hyperidrosis.)

Потовые железы работают под влиянием потовых центров, расположенных в спинном мозгу, главного центра, находящегося в продолговатом мозгу, и секреторных нервов, идущих от сказанных центров.

Физиологическое усиленное потоотделение есть целесообразная реакция организма на известные раздражения, имеющая целью увеличить теплоотдачу, при скоплении большого количества тепла в организме, и вывести накопившиеся вредные вещества (критические поты).

Патологическое усиленное потоотделение обуславливается повышенной возбудимостью потовых центров и нервов. Оно утрачивает признаки целесообразности и является вредным для организма.

Отличают *hyperidrosis universalis* и *hyperidrosis localis*.

При *hyperidrosis universalis* усиленно потеет вся кожа и особенно известные места, снабженные большим количеством желез (лицо, подмышечные впадины, паховые сгибы, ладони, подошвы). Для таких больных достаточно небольшого движения, незначительного повышения внешней температуры, чтобы вся кожа покрылась обильным количеством пота.

При *hyperidrosis localis* потеют более или менее значительные отдельные участки кожи. Иногда это относится к той или другой половине тела—*hyperidrosis unilateralis*; описан *hyperidrosis superior*, когда потеют верхние конечности и верхняя часть туловища, в то время как нижние конечности и нижняя часть туловища остаются совершенно сухими.

Очевидно, в указанных случаях имеется раздражение потовых центров, заложенных на определенном уровне спинного мозга.

Наичаще усиленное потение наблюдается в подмышечных впадинах и особенно на ладонях и подошвах. Постоянно мокрые руки представляют большую неприятность для больных. Пот выступает большими каплями, а иногда с ладоней течет, больной постоянно должен вытирать руки платком; он не может писать вследствие обильного смачивания бумаги потом; малейшее повышение температуры воздуха, небольшое движение, всякое волнение, даже одна мысль о том, что руки могут покрыться потом, вызывает усиленное потоотделение. Больные принуждены избегать общества. Кожный пот, обуславливающий, вследствие пропитывания обуви разлагающимися жирными кислотами, отвратительный запах, делает больного нетерпимым в обществе.

Реже встречается усиленная потливость волосистой части головы и лица. У одного из моих больных с большой лысиной, при ничтожном движении, начинала потеть лысина, на которой были заметны расширенные отверстия желез, а затем лицо; пот обильно капал с носа и бороды и смачивал шею.

Общая потливость обыкновенно соединена с явлением красного дермографизма. Очевидно, повышенная возбудимость касается одновременно потовых и сосудорасширяющих центров и нервов. Передко наблюдаются и другие явления раздражения: повышенная общая возбудимость, повышенные сухожильные рефлексы и проч.

Местная потливость конечностей чаще наблюдается одновременно с асфиктическими явлениями (синие и холодные руки) и с наклоном сосудов конечностей к спазму (белый дермографизм).

Усиленная потливость имеет значение для всего организма, так как располагает к простудным заболеваниям, а также имеет большое значение для кожи, так как вызывает и поддерживает многие болезни кожи. Так, при усиленной потливости наблюдаются: потница, кожный зуд, экзема, эритема.

Потница, *sudamina*, представляет мельчайшие пузырьки, с маленькую булавочную головку величиною, наполненные прозрачною жидкостью. Пузырьки высыпают в большом количестве на груди, животе и других местах после сильного потения. В одних случаях цвет покровов совершенно не изменяется (*sudamina crystallina*), в других случаях около пузырьков бывают красные ободки (*sudamina rubra*).

Пузырьки скоро подсыхают, и через 2—4 дня все страдание оканчивается незначительным шелушением.

Субъективные ощущения или отсутствуют, или состоят в незначительном ощущении покалывания и зуда. Болезнь зависит от задержки пота под роговым слоем близ отверстий потовых желез.

Механизм связи с гиперидрозом других кожных страданий может быть различный. Нужно думать, что в одних случаях одновременно с потовыми центрами возбуждаются сосудодвигательные и трофические центры

кожи, что и ведет к катаральным процессам (экзема, эритема). В других случаях, в красной и потной коже, нужно думать, накапливается много раздражающих веществ, которые раздражают нервные окончания и вызывают зуд (*pruritus cutaneus*). Так нужно объяснять те случаи, в которых сначала является приступ пота (напр., мошонки, промежности) и тотчас появляется нестерпимый зуд. Наконец, пот ведет своей влагой к мацерации кожи, а содержащимися в нем химическими веществами — к раздражению кожи в форме экземы и эритемы.

Имеющиеся кожные страдания могут поддерживаться и ухудшаться усиленным потоотделением. Особенно это бывает при экземе, так как усиленное потоотделение способствует расширению и без того расширенных сосудов и усилению зуда, обычно сопровождающего экзему.

Причины *hyperidrosis* разнообразны. Страдание наблюдают у тучных людей, при неврастении, истерии, в климактерическом периоде, при мочеислом диатезе, анемии.

При лечении требуются известные гигиенические мероприятия. Больной должен избегать всех условий, способствующих потоотделению. Поэтому запрещается горячее питье, кофе, алкоголь, пребывание в жарком помещении, излишне теплая одежда, более или менее сильные движения, душевные волнения. Для местожительства рекомендуются места не жаркие, тенистые. Обувь необходимо часто проветривать.

Лечение должно удовлетворять причинным показаниям: лечение тучности, мочеислого диатеза, анемии, неврастения и проч. Кроме того, рекомендуются средства укрепляющие (мышьяк, железо), успокаивающие и сосудосуживающие: бром, хинин, эрготин, общие ванны безразличной температуры 26° — 27° — 28° R и специфические средства, ограничивающие потоотделение: атропин, агарипин.

Rp. Atropini sulfurici 0,02, tragacanthae 1,5, glycerini et pulvers liquiritiae q. s. Ut fiant pilulae № 20. D. S. По 1 пилюле 2 раза в день.

Rp. Atropini sulfurici 0,3, aq. destill. 45,0. M. D. S. По 5 капель 3 раза в день.

Rp. Atropini sulfurici 0,03; aq. destill. 50,0. M. D. S. Для подкожных впрыскиваний. По 1 куб. см в день.

Rp. Agaricini 0,005, sacchari albi 0,2. M. f. pulvis. D. t. dos. № 20. По 1 порошку в день.

Из наружных средств применяются: высушивающие, вяжущие и дезинфицирующие. Таковы: пудры — *amylum triticum*, *talcum*, к которым прибавляют *alumen ustum* (1—5%), *acidum salicylicum* и *acidum boricum* (1—2%), *tannoformium* (10—20%). Пудру насыпают в чулки, также в подушечки из марли для подмышечных впадин. Как вяжущее употребляется формалин 1%, *alumen ustum* 1% в водном растворе, *cortex quercus* в отваре, 100,0 на 1000,0, для ежедневного

обмывания рук и ног. Также formalinum 10%, liquor ferri sesquichlorati с глицерином (3:1), acidum chromicum (5%), tanninum (5%) для смазывания.

Rp. Tannini, glycerini aa 40,0, t-rae jodi 20,0. M. D. S. Для смазывания ладоней и подошв, избегая действовать на ссадины и трещины, если таковые имеются.

Способ лечения кожного пота Ф. Гебры: после тщательного обмывания и обтирания подошву ноги покрывают куском грубого полотна, смазанным слоем ung. diachylon, толщиной с ребро ножа; между пальцами кладут кусочки полотна с мазью. Все это укрепляют повязкой, которую меняют утром и вечером, удаляя мазь ватой с пудрой. Так делают 13 дней. После этого применяют присыпку салициловой кислотой. Вскоре эпидермис начинает отторгаться лоскутами и появляется новая белая нежная кожа. Только тогда можно обмыть ноги. Во избежание рецидивов присыпать нужно тщательно; между пальцами закладывают комки ваты с присыпкой, которую всыпают также в чулки. Если успех лечения не полный, то нужно повторить ту же процедуру.

Наконец, нужно указать на благоприятное влияние лучей Рентгена при hyperidrosis localis, $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ дозы E. D. через 1-миллиметровый алюминиевый фильтр при W. 10.

Уменьшенное отделение пота.

(Anidrosis.)

При anidrosis кожа не потеет, даже в самое жаркое время года, под палящими лучами солнца, и разве, самое большее, обнаруживается в подкожных впадинах незначительная влажность.

Эта аномалия оказывает большое влияние на весь организм, ослабляя отдачу тепла и тем способствуя перегреванию его, а также уменьшая способность организма к самоочищению, что может вести к переутомлению почек.

Anidrosis, в противоположность гиперидрозу, сопровождается белым дермографизмом или отсутствием сосудо двигательных рефлексов.

Собственно для кожи эта аномалия приносит большой вред, так как обуславливает и поддерживает многие кожные болезни.

Anidrosis обуславливает xerosis cutis, при которой кожа суха, жестка, слегка шероховата от скопляющихся, вследствие присоединяющейся аномалии ороговения, роговых чешуек. Xerosis, собственно говоря, является начальной стадией ихтиоза.

Ichthyosis во всех своих формах тесно связан с anidrosis. При излечении ихтиоза (наилучшие средства потогонные) потоотделение восстанавливается. То же нужно сказать и о prurigo. При psoriasis

особенно резко бросается в глаза связь anidrosis с болезнью, так как псориатические бляшки, а также, как выясняется наблюдениями нашей клиники, и ближайшая окружность их — ободок в $\frac{1}{2}$ —1 см не потеют при самых благоприятных к тому условиях, в то время как окружающая здоровая кожа бывает обильно покрыта потом.

Причина болезни лишь в исключительных случаях, как, напр., случай Тендлау (Tendlau), состоит в отсутствии потовых желез. Больной указанного автора на солнце получал повышение общей температуры тела до 41°C . Вообще же страдание, нужно думать, зависит от недейтельности потовых центров, вследствие врожденной или приобретенной слабости их или паралича.

Лечение должно состоять в применении средств, усиливающих потоотделение, каковы: тепло в различных видах (теплые ванны водяные, горяче-воздушные, паровые), пилокарпин.

Rp. Pilocarpini muriatici 0,01, extr. et. pulv. liquir. q. s. Ut. fiat pilula. D. t. dos. № 30. По 1 пилюле 2 раза в день.

Rp. Pilocarpini muriatici 0,3, aquae destill. sterilisatae 30,0. M. D. S. Для подкожных впрыскиваний. По $\frac{1}{2}$ — 1 куб. см ежедневно.

В отношении гигиеническом требуется теплый климат, теплое жилье, теплая одежда, теплые напитки, гимнастика.

Качественное изменение пота.

Bromidrosis или osmidrosis — пот с более или менее сильным запахом, редко приятным, обыкновенно с зловонным, зависит от образования летучих жирных кислот в присутствии *bacterium foetidum*.

Chromidosis, окрашенный пот, красного, синего цвета, полагают, зависит от *bacterium prodigiosum* или от красящих веществ, вырабатываемых организмом, напр., индиго.

Uridrosis, пот с кристаллами мочево́й кислоты, придает волосам подмышечных впадин красноватый цвет.

Haematidrosis, кровавый пот, наблюдается у гемофиликов, нервных и истеричных людей.

Причины качественного изменения пота, с одной стороны, внутреннее, как, напр., ненормальное строение сосудистой системы, мочекишечный диатез; с другой стороны, наружные: нечистое содержание и бактерии.

Лечение должно соответствовать причинным моментам. Вообще же необходима тщательная чистота, мыльные обмывания и дезинфицирующие обмывания (формалин 1% и др.) и присыпка *acidum salicylicum* 1% в пудре.

Водяница.

(Dysidrosis. Cheiropompholyx.)

Dysidrosis выражается появлением на ладонях, ладонных и особенно боковых поверхностях пальцев, а также и тылах кистей и стоп, иногда на лице, пузырьков от булавочной головки до горошины, подобных разваренным саговым зернам. Пузырьки сидят среди нормальной кожи, без всяких воспалительных изменений; лишь впоследствии может присоединиться покраснение окружающей кожи.

Пузырьки мало склонны к разрыву; иногда они засыхают в корочку.

Высыпание сопровождается то едва заметным, то значительным ощущением зуда и жжения.

По прошествии 1—2—3 недель высыпание проходит, но оно склонно к возвратам. Наичаще страдание появляется летом.

Большую часть оно бывает у лиц с повышенным потоотделением. Иногда высыпанию предшествуют общее недомогание, слабость, сонливость, расстройство пищеварения, небольшое повышение температуры.

Отличие от pseudodysidrosis mycotica состоит в том, что при последнем в пузырьках находят грибки, подобные плесневым (подробнее см. описание pseudodysidrosis).

По исследованиям дерматологической клиники Донского университета (Космадис)¹ высыпание dysidrosis всегда сопровождается повышением кровяного давления в маленьких кожных артериях (а.а. digitales — измерение по Гертнеру). По исчезновении сыпи кровяное давление приходит к норме.

Патолого-анатомические изменения. Тилбери Фокс (Tilbury Fox), впервые описавший эту болезнь (1873), нашел связь пузырьков с протоками потовых желез, почему и дал название, указывающее на ненормальную деятельность потоотделения, dysidrosis. Через 3 года Гетчинсон (Jonatan Hutchinson, 1876) описал ту же болезнь под именем cheiropompholyx² и отверг всякую связь пузырьков с потовыми железами. Из последующих авторов одни находили эту связь, другие отрицали. Нестеровский³ (1904) на множестве серий срезов доказывает, что дело начинается с усиленного потоотделения и расширения протоков потовых желез под влиянием закупорки их роговыми массами. Из расширенного протока пот переходит в Мальпигиев слой, клетки которого вакуольно перерождаются. Так, из

¹ Космадис. Цит. выше.

² Χείρ τὸ рука и πομφόλυξ ἡ пузырек — ручная пузырьковая сыпь.

³ Нестеровский. Патолого-анатомические изменения в коже при dysidrosis. Дисс. СПб. 1904.

расширенного протока и вакуолизированных клеток эпидермиса образуются пузырьки, при полном отсутствии каких-либо изменений в сосочковом слое, где лишь в дальнейшем течении появляется, как вторичное явление, гиперемия и небольшая клеточная инфильтрация. Потовые железы расширяются, эпителий их, равно как и выводных протоков, перерождается и отторгается.

В настоящее время, когда мы знаем и *pseudodysidrosis mycotica*, разногласия авторов делаются понятными: Тилбери Фокс имел дело с настоящим дисидрозом, а Гетчинсон, вероятно, с ложным дисидрозом.

Распознавание болезни. *Dysidrosis* можно смешать с экземой. Отличием служит отсутствие воспалительных явлений при *dysidrosis*. Однако, последние возможны как вторичное явление. Тогда нужно отыскивать свежие высыпания, без воспалительных изменений. Кроме того, здесь выдвигается, рядом с зудом, ощущение жжения, что редко бывает при экземе.

Причина болезни. Усиленное потоотделение нужно рассматривать как повышенную возбудимость потовых центров под влиянием разнообразных причин, между прочим, вследствие самоотравления из кишечника. Но, однако, усиленного потоотделения еще не достаточно; как выше сказано, здесь имеется еще закупорка протоков желез роговыми массами. Можно думать и о гиперкератозе, подобном тому, который наблюдается при *seborrhoea*, при которой протоки сальных желез также закупориваются роговыми пробками.

Придают также значение солнечным лучам, холоду, ветру.

Лечение болезни. Нужно обращать внимание на правильность пищеварения, действовать против усиленного потоотделения средствами успокаивающими (бромиды, индифферентные ванны), укрепляющими (мышьяк) и специально противопотовыми (атропин). В виду того, что нередко *dysidrosis* соединен с местной синюхой (холодные, багровые, влажные руки и ноги), требуются средства, применяемые при *asphyxia localis*: теплые местные ванны, массаж, электричество. В дерматологической клинике Донского университета, в виду постоянно наблюдаемого при *dysidrosis* повышения кровяного давления в пальцевых артериях, принято назначать способ лечения, понижающий кровяное давление, именно ежедневные местные горячие ванны, по получасу утром и вечером,¹ что дает ясный успех. Принимая во внимание закупорку желез роговыми массами, полезно назначать мыльные размывания. Наконец, в виду гиперсекреции потовых желез, показаны лучи Рентгена, как ограничивающие деятельность желез: W. 10, 1-миллиметровый алюминиевый фильтр, 1 Е. D.

¹ В. Н. Космадис. Лечение *dysidrosis* местными горячими ваннами. «Юго-восточный вестник здравоохранения», 1923, № 7 — 8.

Красный зернистый нос.

(Granulosis rubra nasi Jadassohni. Dermatitis micropapulosa erythematos hyperidrotica nasi infantum.)

Страдание представляет красные пятна с синеватым оттенком, исчезающим при давлении; на них рассеяны маленькие круглые папулы или гранулемы с булавочную головку, розоватые, на ощупь мягковатые, при давлении обескровливаются; очень редко папулы покрываются пузырьками, пустулами или корочками. Нос холодный, потный, покрыт небольшим количеством телеангиэктазий. Болезнь поражает детей, чаще хилых, слабого здоровья, в возрасте 7 — 16 лет.

Патологическая анатомия. Потовые железы гипертрофированы и окружены мелкоклеточным инфильтратом. Около отверстий потовых желез паракератоз. Сосуды сосочкового и подсосочкового слоя расширены и окружены мелкоклеточным инфильтратом.

Ядассон (Jadassohn) вначале предполагал неизвестную форму lupus vulgaris или lupus erythematosus, но гистологическое исследование, также выпрыскивание туберкулина, не подтвердили этого, и потому он склонился к мысли, что страдание — результат гиперидроза.

Лечение тонизирующее: мышьяк и железо, лучи Рентгена против гипертрофии потовых желез, линейные скарификации, с последовательным втиранием liquoris ferri sesquichlorati, пополам с водой, для заустенения сосудов.

БОЛЕЗНИ САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ.

Салотечение. — Черный угорь. — Белый угорь. — Воспалительный угорь.

(Seborrhoea. — Comedo. — Milium. — Acne vulgaris.)

Себоррея обуславливается усиленным выделением жира. Пораженная кожа и волосы лоснятся, жирны, словно политы маслом. Это заметно по внешнему виду и на ощупь. После тщательного вытирания и вымывания кожа и волосы освобождаются от жира лишь на короткое время; через несколько часов они снова делаются жирными.

Отверстия усиленно работающих желез расширены, и нередко кожа лица покрыта маленькими углублениями, напоминая кожицу мандарина.

В волосистой части головы кожа покрывается массой мелких чешуек, состоящих из жира и роговых клеток, так называемой «перхотью». В развитых случаях перхоть обильно покрывает кожу волосистой части головы и сыплется на одежду. После тщательного вымывания она снова, через день, много два дня, образуется в изобилии.

В одних случаях преобладает жирная смазка волос, что называют *seborrhoea oleosa*, а в других — образование перхоти, что называют *seborrhoea sicca*.

Себоррея редко наблюдается в чистой форме. Обыкновенно она сопровождается образованием *comedo*, *milium* и *acne*.

Черный угорь, comedo, представляется в виде черной точки в уровень с окружающей кожей или немного выдающейся и сидящей в протоке сальной железы. При выдавливании оказывается, что черная точка представляет наружный конец длинной сальной пробки, выполняющей проток сальной железы. Эта пробка состоит из жира, а наружная поверхность ее покрыта роговыми чешуями. Последние являются результатом ненормального ороговения стенок протока. Черный цвет наружного конца пробки зависит от пигмента в роговой оболочке. По выдавливании пробки часто остается зияющее отверстие протока, что указывает на ослабление эластичности стенок отверстия и окружающей ткани.

Черные угри бывают на лице, спине, груди; они то одиночные, в малом количестве, то обильно покрывают кожу носа, подбородка.

Белый угорь, milium, представляется в виде маленькой, с просыное зерно, с булавочную головку, папулки белого цвета, плотной на ощупь. Если сделать самый поверхностный надрез рогового покрова, то можно выдавить маленькое, белое, плотное зернышко, состоящее из уплотненного жира.

Образование такого угря обязано двум обстоятельствам: скоплению жира в протоке железы и закрытию протока наростим роговым покровом. В *comedo* ненормальность ороговения стенок протока, как мы видели, выражается тем, что в выделенной сальной пробке в наружном слое ее содержатся роговые клетки, а в *milium* та же ненормальность выражается зарастанием отверстия протока. *Milium* имеет излюбленным местом лицо, особенно кожу нижних век и щек. Он является то одиночным, или в малом количестве, то обильно покрывает кожу лица. Но вообще количество белых угрей бывает значительно меньше, чем черных.

Воспалительный угорь acne vulgaris в развитом виде представляет папулу красного цвета, величиною от булавочной головки до горошины, с гнойничком на верхушке, сидящую на красном воспалительном дворице. При выдавливании нередко сначала выходит сальная пробка, затем гной.

Воспалительный процесс с последующим нагноением происходит в сумке сальной железы, в глубокой части ее или в поверхностной, в окружности закупоренного протока. По заживлении остаются рубчики, сначала красные, а затем постепенно обесцвечивающиеся. Маленькие и поверхностные рубчики в конце концов делаются незаметными. Более глубокие навсегда обезображивают лицо. Нередко *acne vulgaris* обильно покрывает кожу лица, спины и груди.

При распространении воспалительного процесса с сумки сальной железы на перифолликулярную ткань, *acne vulgaris* увеличивается вдвое и более, принимая вид синевато-красного узла в $\frac{1}{2}$ — 1 см и более в диаметре, причем увеличивается и гнойничок. В этих случаях часто утрачивается характерный вид *acne* и получается синевато-красный узел, без пробки и без заметного гнойничка на вершине, плотный (*acne indurata*) и лишь при проколе выделяющий много гноя.

Нередко, при долгом существовании процесса, происходит расширение сальной железы и образуется киста, иногда до величины лесного ореха, содержащая сальную кашицу, которую можно выдавить после прокола.

Наконец, при долгом существовании из *acne indurata* образуется фиброзный узел, плотный, при проколе дающий лишь истечение крови.

Излюбленным местом всех описанных изменений служат участки кожи, наиболее богатые салными железами. Таковы: кожа лица, груди, спины, мошонки, полового члена.

Субъективные ощущения отсутствуют. Иногда лишь больные жалуются на болезненность вновь образующихся аспе. Но обезображивание лица производит на больного удручающее впечатление. Нередко такие больные избегают общества, мрачно настроены и даже тягостятся жизнью.

Течение болезни. Себоррея обыкновенно начинается в юношеском возрасте, в 14—20 лет, и может продолжаться до 30 лет. Начальные явления состоят в чистой себоррее, затем присоединяется образование *comedo* и *milium* и, наконец, *аспе vulgaris*.

Болезнь имеет периоды ухудшения и улучшения. Замечено, что ухудшение бывает чаще в летнее время, совпадает также с ослаблением организма, с неправильностями пищеварения и различными ненормальными явлениями, особенно в половой сфере.

Патолого-анатомические изменения состоят в гипертрофии салных желез и их протоков, в образовании салных пробок, в гиперкератозе выводных протоков салных желез, обуславливающим даже закупорку их (*milium*), в разбросанной небольшой мелкоклеточной инфильтрации кожи, даже нормальной по виду, и в явлениях воспаления в сумках желез.

Причины болезни. Начальные явления болезни обуславливаются повышенной работой салных желез. В юношеском периоде, как известно, соединенная система салных желез и волос обнаруживает повышенную жизнедеятельность, что особенно резко выражается в обильном росте волос (на лобке, на лице, в подмышечных областях). Это стоит в тесной связи с развитием половых органов. Вполне естественно допустить, что в это время в организме вырабатываются такие продукты внутренней секреции, которые являются раздражителями для волос и салных желез. Поэтому деятельность последних повышается. Кроме того, принимают, что есть ряд и других химических веществ, возбуждающих деятельность салных желез. Таковы: продукты ненормального обмена веществ при артрите и тучности, а также продукты брожения в желудочно-кишечном канале при расширении желудка, запорах, неправильной деятельности печени и других органов.

Влияние химических веществ на салные железы особенно резко обнаруживается при употреблении некоторых лекарственных веществ, каковы: иод, бром (*аспе jodica*, *аспе bromica*).

Наконец, едва ли можно отвергать влияние секреторных центров и нервов на деятельность салных желез.

Однако, усиленная выработка жира могла бы остаться без даль-

нейших болезненных явлений, если бы выделение жира, очищение протоков желез происходило правильно и энергично. Но здесь к гиперсекреции присоединяется задержка жира (сальные пробки). Очевидно, одновременно действует и другая причина, которую нужно искать в ослаблении сократительного аппарата, которым являются по преимуществу *m.m. errectores pilorum*. Кроме того, нужно допустить и общую вялость ткани, ослабление сократительности ее. Слабость мышц и ткани вообще может быть врожденная или приобретенная. В последнем случае играют роль различные ослабляющие болезни: *malaria*, тиф, малокровие и др., а также и плохой уход за кожей. В коже «запущенной», которая не оживляется обмываниями, плохо моется мылом, часто покрыта пылью, в которой кровообращение и лимфообращение вялое, мышцы вялые и неспособные к усиленной работе, необходимой при усиленной деятельности желез, естественно, должен быть застой жира в протоках желез.

Этот застой, в свою очередь, ведет к раздражению стенок протоков, что вызывает в них гиперкератоз. В этом периоде (*comedo*) сальные пробки окружаются роговым футляром и тогда образуют пробку, плотно закупоривающую железу.

Неподвижная пробка делается удобным местом для поселения и размножения бактерий (микробациллы и стафилококки), которые проникают и в глубину. Они вызывают воспаление и нагноение, то поверхностное, в окружности закупоренного устья железы, то глубже, в сумке самой железы (*acne vulgaris*).

Лечение болезни, как видно из сказанного, прежде всего должно стремиться к прекращению раздражения сальных желез со стороны ненормальных продуктов обмена (лечение артритизма, тучности и проч.), со стороны самоотравления из желудочно-кишечного канала (при расширении желудка, запорах), со стороны печени, половых органов, нервной системы и проч. Особенно часто, для удовлетворения сказанных показаний, приходится прибегать к внутренней терапии, именно, к средствам успокаивающим и сосудоуживающим, каковы: бром, хинин, эрготин, так как известно, что в юношеском возрасте, когда именно и развивается себорея, нервная и сосудистая системы возбуждены, что выражается общей раздражительностью, повышенными сухожильными и кожными рефлексам и красным дермографизмом. Такая почва очень благоприятна для развития многих болезней и, в том числе, себореи с ее последствиями. Улучшая почву, мы достигаем успеха и в лечении кожного страдания. В соответствующих случаях показана органотерапия (оварин, тиреоидин, супраренин).

При отсутствии явлений раздражения и при долгом существовании болезни выдвигается другая цель: укрепление нервной системы и ткани кожи при помощи укрепляющих средств, мышьяка и железа.

Точно так же, в виду часто наблюдающегося значительного содержания индикана в моче (по данным нашей клиники в 60%),¹ мы должны прибегать и к средствам послабляющим: *sal carlsbadensis*, полную чайную ложку в $\frac{1}{2}$ стакане воды на ночь, *pulvis liquiritiae compositus* полную чайную ложку с водою на ночь, *extr. fluidum cascarae sagradae* 20—30—40 капель и др.; этим путем мы стремимся прекратить самоотравление из громадной кишечной лаборатории.

По той же причине показаны дезинфицирующие кишечник: *salol* по 0,5 три раза в день, *benzonaphthol* по 0,3—0,5 три раза в день.

Наружное лечение должно преследовать следующие цели: удаление жира и роговых чешуй из протоков желез, удаление сальных пробок, всасывание инфильтратов, возбуждение мышц и оживление кровообращения. Это достигается мыльным размыванием, выдавливанием, применением тепла, массажа, фарадического тока и лучей Рентгена.

Мыльное размывание делается таким образом: намыленной (любим мылом) фланелью размывают лицо, в первые дни не сильно, а затем постепенно усиливая трение. Мыло смывают, вытирают кожу и смазывают *ung. Wilsonii* и припудривают. Если нет основания бояться раздражения кожи, то берут вместо мыла мыльный спирт, *spiritus saponatus kalinus Hebrae* и также размывают смоченной в нем фланелью, а затем ту же фланель смачивают небольшим количеством воды и ею размывают лицо во второй раз. Теперь получается обильная мыльная пена, которую смывают, кожу обсушивают и смазывают мазью, как сказано выше.

При помощи мыльного размывания мы удаляем жир с поверхности кожи и из некоторых отверстий желез, но пробки не удаляются. Поэтому их приходится удалять механическим способом, выдавливанием пальцами или угревыдавливателем (можно часовым ключиком).

Однако, не все пробки легко выдавливаются. *Comedones*, как мы говорили выше, состоят не только из жира, но также из роговых чешуек, образуемых стенками протоков, и потому вся эта пробка плотно сидит в протоке. Мыльные размывания, поскольку они разъединяют роговые чешуи, способствуют более свободному выделению пробок. Еще больше этому способствует предварительная паровая ванна, размягчающая роговой слой. Паровую ванну (температуры до 40°—45° Ц) делают при помощи особых аппаратов, имеющих котелок и большую стеклянную или металлическую с двойными стенками для горячей воды воронку, в которую поступают пары и в которой помещается лицо на 5—10 минут. Самый простой способ состоит в том, что лицо держат над поверхностью кипящей или очень горячей воды, закрыв голову платком.

¹ Глухенький. Цит. выше.

Белый угорь требует самого поверхностного бескровного надреза рогового покрова и выдавливания пальцем или угревыдавливателем этого плотного комочка жира.

Asne vulgaris требует обеззараживающих средств и удаления гноя проколом и выдавливанием.

Наилучшее из обеззараживающих для данного случая — *unctura jodi*, которой смазывают самую начальную папулу, еще не содержащую гноя, с целью abortивного лечения, папулу нагноившуюся и также пустулу после прокола и выдавливания гноя.

Прокол делается иглой, ножом, игловидным ножом Видаля. После прокола необходимо тщательное выдавливание сальной пробки и гноя, а затем, как сказано, смазывание иодной настойкой.

Asne indurata также прокалывают, основательно выдавливают гнойное содержимое и смазывают иодной настойкой.

Как говорилось выше, ткань кожи, пораженной себорреей с ее последствиями, делается вялой; мышцы слабо действуют; ток крови и лимфы замедлен, почему и цвет лица, особенно носа, у таких больных имеет синеватый оттенок. Кроме того, в коже имеются рассеянные очаги мелкоклеточного инфильтрата. Для исправления сказанных недочетов применяется мыльное размывание, которое не только обезжиривает кожу, как говорилось выше, но и улучшает кровообращение и лимфообращение и способствует всасыванию инфильтрата. Так же действуют паровые ванны. К этим лечебным методам, с означенною целью, присоединяется еще после тщательной «обработки» кожи, т. е. после выдавливания и прокалывания сальных и гнойных образований, массаж, который, кроме того, способствует рассасыванию оставшихся инфильтратов.

Предлагают различные способы массажа лица при себоррее и *асне*, сообразно с основными заданиями. Проф. Поспелов предложил схему массажа-поглаживания, соответствующего направлению кожных мышц и протоков сальных желез. Это направление, в свою очередь, соответствует направлению мышц лица, именно: на лбу и на верхней губе идет от средней линии кнаружи; на щеках: от ушей косо, кнутри и книзу к углам рта; а от носа — косо, кнаружи и книзу. Другие авторы рекомендуют массаж-поглаживание делать по ходу венозных и лимфатических сосудов. Мы думаем, что выбор между этими двумя методами должен основываться на том, что в данном случае требует наибольшего исправления: кровообращение или вялость мышц кожи.

Кроме поглаживания применяется разминание и валяние инфильтрированных участков, массаж-выдавливание для освобождения протоков желез от жира, похлопывание и вибрация (последнюю можно делать вибрационным аппаратом) для возбуждения мышц, сосудов и нервов кожи.

Жаке предложил быстрое и сильное пощипывание.

Для фиброзных и келоидных утолщений полезно настойчивое применение тепла, в форме продолжительных горячих припарок и особенно в форме диатермии.

Кисты с уплотненными стенками требуют, после опорожнения содержимого, впрыскивания подной настойки, в некоторых случаях — выщипывания.

Для возбуждения мышц и вообще против вялости ткани применяется фарадический ток.

Наконец, в более тяжелых случаях применяют лучи Ретгена. Сущность их действия двоякая: они влияют на клетки сальных желез, ослабляя их функцию, и разрешают инфильтраты. Употребляют жесткую трубку (W. 10) и алюминиевый фильтр в 1 мм толщины. Доза $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ E. D., а при *acne indurata* $\frac{3}{5}$ — $\frac{4}{5}$ E. D. с повторением через 2 недели.

Acne-keloid. Dermatitis papillaris. Folliculitis sclerotisans.

Этим именем называют довольно редкое страдание, выражающееся образованием элементов, подобных акне, но с тем отличием, что они делаются плотными, уподобляясь келоиду. Отдельные элементы могут сливаться в большую плотную келоидную массу, красноватого цвета, с просвечивающими расширенными сосудами.



Рис. 46. Acne-keloid.

Обычное место болезни — затылок, именно, граница затылка с шеей (рис. 46). Здесь поражение вытягивается в поперечную линию. В нем волосы располагаются пучками — кустиками. По периферии можно найти отдельные элементы уплотненных акне. В редких случаях болезнь наблюдается на щеках.

В смысле патолого-анатомическом страдание представляет волосяной перифолликулит, своего рода сикоз, с тем отличием, что инфильтрат в окружности волосяного фолликула переходит не в гной, а в плотную фиброзную ткань.

Причину болезни, как при сикозе, составляют стафилококки; к этому присоединяется расположение организма к образованию келоидов.

Лечение. Волоски удаляются пинцетом. Применяют электролиз, термокаутеризацию, гальванокаутеризацию, скарификацию. В наблюдавшемся в нашей клинике случае¹ (рис. 46) замораживание угольной кислотой дало блестящий эффект.

Уменьшенное отделение сала.

(Asteatosis.)

При уменьшенном отделении сала кожа делается сухой, жесткой, шелушащейся, роговой слой утрачивает эластичность, и поэтому по местам, особенно на разгибательных поверхностях сочленений, образуются трещины. Обыкновенно это соединено и с уменьшенным отделением пота. Часто в такой коже обнаруживается белый дермографизм; нередко ощущается зуд.

Asteatosis наблюдается при многих болезнях: при *ichthyosis*, *prurigo*, *xeroderma pigmentosum*, *myxoedema*. При *psoriasis*, *vitiligo*, как показывают наблюдения нашей клиники, имеется местный *asteatosis*, именно, на местах псориатических бляшек и в ближайшей окружности их. Но наблюдается и самостоятельная форма астеатоза, соединенного лишь с *anidrosis*, причем описываемое изменение занимает всю поверхность кожи (*asteatosis et anidrosis universalis*) или отдельные участки, напр., кисти рук (*asteatosis et anidrosis partialis*) — страдание, которое называют *xerosis universalis* и *partialis*.

Причину болезни нужно видеть в ослаблении деятельности секреторных центров и нервов. Быть может, в некоторых случаях нужно обвинять и малое развитие сальных желез, как это было в случае *Tendlau*, где отсутствовали железы и волосы. Страдание обыкновенно врожденное, иногда приобретенное. Постоянное действие щелочей ведет к сухости кожи, как это наблюдается у прачек, а также иногда у лиц медицинского персонала, принужденных часто мыть руки мылом.

Лечение требует средств, возбуждающих деятельность желез. Сюда относится тепло в различных формах приложения, массаж, электризация (фарадический ток — катушкой) и углекислые ванны.

Красный угорь.

(*Rosacea. Acne rosacea.*)

Страдание, известное под именем красных угрей, занимает кожу носа и щек, развивается в возрасте 30 — 40 лет.

Оно начинается с приливов крови к лицу, сначала редких, затем

¹ Е. Д. Данилевская. Случай *acne-keloid*. «Русский вестн. дермат.», 1926, № 6.

учащающихся, происходящих приступами на несколько минут, на $1\frac{1}{2}$ — 1 час. По окончании приступа кожа приходит к норме.

После более или менее долгого периода приливов на коже лица и носа появляются постоянные красные, синевато-красные точки, полочки — расширенные кожные сосуды, лежащие в верхней части собственно кожи.

Наконец, в дальнейшем к описанным явлениям присоединяется более или менее выраженное утолщение кожи (разрастание ткани).

Одновременно с указанными изменениями замечаются явления себорреи и затем образование, на красной с расширенными сосудами коже, красных прыщей, *acne rosacea*, подобных *acne vulgaris*.

В редких случаях разрастание ткани бывает столь значительным, что образуется опухоль — *rhinophyma*.

Субъективные ощущения мало выражены. Иногда больные жалуются на жар в лице и боль в прыщах.

Rosacea иногда сопровождается заболеванием глаз в форме блефарита, конъюнктивита, с расширением сосудов и фликтенами, и кератита с изъязвлением.

Причины болезни. Основным явлением нужно считать сосудодвигательные расстройства, выражающиеся вначале приступами покраснения лица и, несомненно, зависящие от расстройства сосудодвигательных центров и нервов. Что же касается причин, вызывающих эти последние, то они многообразны. Сюда относится влияние алкоголя, как известно, вообще расширяющего сосуды кожи (красный нос пьяниц), сильное охлаждение лица, влияние токсинов кишечника при запорах и расстройстве пищеварения, влияние недочетов внутренней секреции, особенно в климактерическом периоде, а также ненормальный обмен веществ при мочекишечной диатезе.

Лечение должно быть направлено на основную причину и на последовательные изменения ткани. Для успокоения сосудодвигательных центров и сосудов могут служить успокаивающие и сосудосуживающие средства: препараты брома, хинина, эрготина. В климактерическом периоде дается *ovarinum Pochl in tabletis* 0,3 по 2—3 раза в день.

Из наружных средств употребляются: сосудорасширяющие, имеющие целью оживление кровообращения (в расширенных сосудах ток крови замедлен, почему она обнаруживает венозные свойства): мыльные размягчения, массаж по ходу венозных стволов.

Противосеборейные средства: также мыльные размягчения, выдавливание пробок, прокол *acne*.

Скарификация, насечки — перерезка сосудов с целью достигнуть, при помощи образования тромбов, запустения их. Сосуды перерезаются ножом-скарификатором поперечно, а там, где имеется разлитое

покраснение от расширения капилляров, делаются множественные уколы. Кровь быстро вытирается и в скарифицированную поверхность втирают *liquorem ferri sesquichlorati* (разведенную пополам водою), для более надежного образования тромбов в сосудах.

Операция повторяется по миновании реакции (красноты, жара) и по заживлении надрезов.

Лучи радия производят слипчивое воспаление стенок сосудов и запустение последних. Так же действуют лучи Рентгена (W. 10, через 1-мм алюминиевый фильтр, 1 Е. D., с повторением через 3 недели), концентрированный свет по Финзену и замораживание жидкой угольной кислотой.

Шипковидный нос.

(*Rhinophyma*.)

При *acne rosacea*, вследствие застойных явлений, происходит разрастание соединительной ткани, что выражается объективно незначительным утолщением пораженной кожи, а вследствие одновременно существующей себорреи происходит гипертрофия сальных желез. Иногда, в сравнительно редких случаях, как тот, так и другой процесс, т.-е., разрастание соединительной ткани и разрастание сальных желез, развиваются в очень широком раз-
 мере, и тогда объем носа увеличивается в 2—3—5 раз, получается настоящая опухоль носа, занимающая, главным образом, нижнюю половину его, т. е. область кончика и крыльев.

Опухоль представляется неровной, бугристой, красноватого цвета, слегка мягковатой на ощупь; на поверхности ее заметны расширенные сосуды и расширенные, зияющие отверстия сальных желез, из которых, уже при легком нажимании, выделяется масса сальных пробок.

Лечение болезни состоит в срезывании опухшей кожи носа таким образом, чтобы осталось кожи, с заложенными в ней железами, $1\frac{1}{2}$ —2 мм толщины; из этих остатков желез образуется надкожица.



Рис. 47. *Rhinophyma*. (Из коллекции д-ра Гербсмана.)

С успехом применяют рентгенизацию (W. 10, через 1-мм алюминиевый фильтр, 1 — 1½ Е. D. с повторением через месяц). При этом прекращается секреция жира, атрофируются сальные железы, и опухоль значительно уменьшается. Однако, на разросшуюся соединительную ткань лучи Рентгена мало действуют. Поэтому приходится стремиться



Рис. 48. Rhinophyma. Разрастание сальных желез и кисты из желез.

к образованию поверхностного рубца, стягивающего ткань, что достигается, между прочим, повторными прижиганиями Пакеденом или диатермией. Рентгенизацией и диатермией в одном клиническом случае мы получили уменьшение огромного носа почти до нормальной величины.

БОЛЕЗНИ ВОЛОС И НОГТЕЙ.

Выпадение волос.

(Alopecia).

Выпадение волос может зависеть от различных причин и может быть в различных формах. Но все это разнообразие можно свести к двум группам: 1) выпадение, обусловленное местными заболеваниями кожи, и 2) самостоятельное выпадение волос, не зависящее от других заболеваний кожи,

В первую группу входят:

1. *Все болезни, ведущие к образованию рубцов.* Сюда относятся все язвенные процессы, какого бы свойства они ни были,—фурункулы, пустулезные сифилиды и проч.

2. *Болезни волос, обуславливаемые* растительными паразитами: *trychophyton tonsurans* и *achorion Schönleinii* (favus), при которых стержень и эпителиальные влагалища заполняются спорами и нитями грибов, что ведет, с одной стороны, к разрыхлению связи между эпителиальными влагалищами и соединительнотканными сумками и к выпадению волос, а с другой — к хроническому воспалительному процессу в окружающей соединительной ткани, приводящему, главным образом при фавусе, к рубцовым изменениям. При долгом существовании болезни, в течение годов, возрождение волос из остатков их эпителиальных влагалищ делается уже невозможным, и волосные мешочки совершенно запустевают; в то же время образующаяся в окружности их плотная соединительная ткань придает коже рубцовый вид.

Лечение этой формы облысения, когда уже образовалась рубцовая ткань, бесполезно. Но это облысение можно предупредить ранним соответствующим лечением, ставящим себе целью удаление паразитов. Эта цель достигается лишь одним способом — удалением всех больных волос при помощи эпиляции или рентгенизации. С волосами удаляются и паразиты. Подробнее об этом будет сказано при описании *favus* и *herpes tonsurans*.

3. *Seborrhoea волосистой части головы*, выражающаяся или маслянистым видом волос (*seborrhoea oleosa*), или образованием значительного количества белых чешуек, перхоти (*seborrhoea*

sisса), очень часто ведет к выпадению волос, alopecia seborrhoica. Последняя обязана своим возникновением расстройству кровообращения, именно венозному застою, обычно сопровождающему себоррею (что так ясно можно наблюдать на коже лица) и ведущему к нарушению питания волос, к атрофии их и усиленному выпадению. Сюда же присоединяется ненормальное ороговение, проникающее во влагалища волос и подрывающее питание последних.

Так как себоррея представляет процесс разлитой, занимающий всю волосистую часть кожи головы, то поэтому и выпадение волос является не гнездным, а разлитым. Но так как себоррея всего более является обыкновенно выраженной на теменных областях, то здесь же и выпадение волос сильнее.

Болезнь возникает незаметно. Больной начинает обращать внимание на то, что при расчесывании головы на гребне остаются волосы. Количество последних постепенно увеличивается. При легком потягивании за волосы в руке остается известное количество их. При мытье головы они удаляются целыми пучками.

В течение нескольких месяцев обнаруживается заметное поредение волос, однако, без образования отдельных плешин. И только по прошествии многих годов появляется оголенный участок, обыкновенно на середине теменной области, причем и здесь оголение представляется неполным, т.-е. названный участок имеет еще волосы, но сильно поредившие. Далее, продолжающееся выпадение приводит к еще большему оголению: вся теменная и лобная области лишаются волос, которые остаются в виде небольшой гряды на лбу, а также на височных и затылочных областях. Наконец, и эти последние лишаются растительности, кроме скудного остатка ее на периферии. Получается голый блестящий череп.

Лечение состоит в применении нижеследующих средств.

Обезжиривающие средства показаны вследствие большого количества жира и перхоти на коже и волосах. Таковыми являются щелочи и спирт. Щелочь употребляется в виде мыла (бельевого или туалетного) или мыльного спирта, spiritus saponatus kalinus Hebrae, к которому для улучшения запаха, прибавляют 2—3% spiriti lavandulae.

Способ размывания таков: голову, смоченную водой, намыливают мылом и затем по рядам, отбрасывая волосы в ту и другую сторону, протирают жесткой щеткой и потом смывают мыло водою. При употреблении мыльного спирта поступают иначе. На сухую голову поливают, также по рядам, мыльный спирт и растирают щеткой. Когда обойдут всю голову, тогда поливают ее самым ничтожным количеством воды (брызгают водою) и затем снова протирают щеткою по рядам. Только теперь, при соединении мыльного спирта с водою, получается обильная пена. Последнюю смывают водою.

Мыло и особенно мыло со спиртом так сильно обезжиривает кожу, что по высыхании в ней получается ощущение стягивания. Поэтому, по высыхании волос, рекомендуется втирание в кожу небольшого количества жира (*oleum provinciale, sesami* и др.).

Описанные мыльные размывания применяются ежедневно и во всяком случае через день.

Средства сосудорасширяющие показаны потому, что при *alopecia seborrhoica* имеются явления упадка питания волос. Выпадающие волосы имеют атрофированную луковицу. Кровообращение при себоррее замедленное, как можно судить по коже лица, пораженной себорреей (синеватый оттенок кожи).

Мыльные размывания представляют не только обезжиривающее средство, но и сосудорасширяющее, ускоряющее ток крови и улучшающее питание кожи, так же как втирание *tinct. cantharidum*, 1 на 10 частей спирта.

Средства, возбуждающие ткань, показаны в виду вялости ткани и вялого кровообращения. Таковыми являются массаж в форме поглаживания, вибрации и массажа-растяжения (больной кладет плотно руки на височные области и делает ритмические движения вверх — кожа приподымается, и вниз — кожа растягивается. Такой массаж производится утром и вечером по 5 минут)¹ и электризации в форме фарадизации.

Средства кератопластические показаны в виду образования перхоти, состоящей не только из жира, но, главным образом, из отшелушивающихся роговых клеток, что указывает на неправильность ороговения. Наиболее употребительные из них в описываемом страдании это — деготь, *oleum rusci per se*, пополам со *spiritus vini 90%* или с глицерином. Деготь втирается в кожу головы жесткой щеточкой по рядам. Его не нужно брать в большом количестве, так как избыток его, остающийся на коже, не приносит пользы, а потому избыток вытирают ватой.

В виду неприятного запаха дегтя, Кароси предложил заменять его нафтолом, β -*naphthol* в 1% спиртовом растворе.

Втирания дегтя или нафтола чередуются, по дням, с мыльными размываниями. При светлых волосах, которые от обыкновенного дегтя немного темнеют, рекомендуют обесцвеченный каменноугольный деготь, *anthrasol*.

Наконец, необходимы средства и общеукрепляющие, из которых на первом плане стоит мышьяк.

3. *Asteatosis capillitii*. Уменьшение или прекращение выделения жира также ведет к выпадению волос (*alopecia asteatotica*). При этом пер-

¹ П. В. Никольский. Массаж — растяжение кожи. «Клиническая медицина». 1922.

хоть состоит исключительно из роговых чешуек. Волосы сухие, матовые. Процесс состоит в ненормальном ороговении, которое касается и эпителиальных влагалищ волоса (так же как и при себоррее), которые разрыхляются, что и ведет к выпадению волос.

При лечении нужно: 1) по возможности избегать всего того, что растворяет и удаляет жир, 2) нужно употреблять жировые втирания и смазывания. Вообще же, при *alopecia asteatotica* показаны все средства, как при *alopecia seborrhoica*, за исключением обезжиривающих: сосудорасширяющие, возбуждающие, кератопластические и укрепляющие, но с жирами. Рекомендуются редкие размывания мылом для удаления перхоти и втирание мазей с вазелином, с кератопластическими средствами и возбуждающими: *Lac sulfuris* 1,5:30, *ichthyolum*, *thigenolum*, *thiolum* 2:30, *oleum rusci* или *anthrasol* 1:30, β -*naphтол* 0,5 — 1,0:50, *balsamum peruvianum* 2:30. Если назначаются втирания с обезжиривающими спиртовыми растворами как при себоррее, то сейчас же втирается жир: вазелин, прованское, миндальное или сезамовое масло, или к раствору прибавляют *oleum ricini*.

Самостоятельное выпадение волос, не зависящее от местных заболеваний кожи, является в следующих формах:

1. *Alopecia congenita*, врожденная лысина. При этой форме ребенок уже рождается без волос на каком-либо ограниченном участке кожи, чаще на голове или на всей поверхности кожи, причем отсутствуют и пушковые волосы. Впрочем, лишь в очень редких случаях бывает полное отсутствие волос и волосных зачатков (*atrichia*). В большинстве случаев бывает лишь более или менее сильное поредение волос, которые являются тонкими, короткими, скоро выпадают, вследствие атрофии луковиц.

Болезнь наследственная. Нередко братья, сестры, мать или отец, дед или бабушка страдают той же болезнью. У одного моего больного, мальчика 3½ мес., затылок был совершенно голый, на темени скудная растительность; пушковых волос не было, кроме небольших участков на плечах. У матери, тетки и дяди по матери или полное безволосье, или очень скудная растительность на голове.

Лечение, по существу страдания, мало действительно. Однако, если есть хотя бы небольшой рост волос, есть основание думать, что можно способствовать ему средствами сосудорасширяющими и, как усиливающими прилив крови и повышающими жизнедеятельность волос (втирание *tinctura cantharidum* в спирту 1:10, мыльные размывания) и также средствами возбуждающими и укрепляющими и ткань (массаж).

2. *Alopecia hereditaria*, наследственная лысина. Она характеризуется тем, что выпадение начинается со лба, идет в глубину по боковым сторонам, главным образом в области *p. frontalis*. Болезнь на-

чинается в возрасте 20 — 22 лет, преимущественно у мужчин; постепенно, хотя и медленно, прогрессирует и может довести до полного оголения черепа. Обыкновенно у одного или нескольких членов семьи в восходящем поколении, по прямой или побочной линии (у отца или дядей и проч.) имеется подобная же лысина. Иногда при выпадении волос наблюдается одновременное преждевременное поседение, *canities praematura*.

Наследственную лысину объясняют отношением кожи к *galea aponeurotica* и черепу. Вследствие врожденной аномалии кожа, особенно темени, сильно натянута, не берется в складку. Натянутая кожа анемична, чем и объясняется недостаточное питание волос и выпадение их (Зальфельд).

Лечение и при этой форме не может рассчитывать на большой успех, но во всяком случае может ослаблять наследственную склонность. Оно также состоит в сосудорасширяющих и укрепляющих средствах (мыльные размывания щеткой, втирание *tincturae cantharidum* в спирте 1:10 щеточкой, массаж, электризация).

3. *Alopecia anaemica* наблюдается при ослаблении организма вследствие хлороза у девиц и малокровия от разных причин, особенно после продолжительных и тяжелых болезней, после операций, кровотечений. При этом наблюдаются: бледность кожи и слизистых оболочек, нередко шум волчка в шейных венах, количественные и качественные изменения крови (уменьшение гемоглобина, красных кровяных шариков и проч.). Болезнь выражается общим поредением волос, более или менее значительным. Лечение должно состоять в усиленном питании и приеме железа, а наружное, в виду бледности и малокровия кожи, в применении средств сосудорасширяющих (см. выше).

4. *Alopecia toxica* наблюдается после инфекционных процессов, каковы брюшной тиф, сыпной тиф, инфлюэнца (испанка). Естественно предполагать, что под влиянием токсинов происходит воспаление и запускание сосудов волосных сосочков, что ведет к расстройству питания волоса. Болезнь обнаруживается через несколько недель по выздоровлении от инфекционной болезни. Выпадение волос сначала незначительное, но постепенно усиливается; оно имеет форму общего поредения, иногда переходящего в полное или почти полное облысение. В эпидемию испанки 1918 года *alopecia toxica* наблюдалась особенно часто, нередко сопровождаясь сильно повышенной болевой чувствительностью кожи головы.

Предсказание благоприятное: волосы, через более или менее продолжительный промежуток времени, отрастают вполне.

Лечение состоит в употреблении мышьяка, как средства, способствующего процессу ороговения вообще и в частности росту волос.

Наружное лечение требует назначения средств сосудорасширяющих и укрепляющих кожу (см. выше).

5. Alopecia neurotica. Как показывает самое название, здесь причиной является ослабление нервного влияния на элементы волоса. Теоретически такое предположение совершенно допустимо в виду богатого снабжения эпителиальных влагалищ волоса нервными окончаниями. Со стороны клинической это предположение подтверждается на большом числе фактов. Так, в ряде случаев началу болезни предшествуют те или другие сильные влияния на нервную систему, каковы: нравственные потрясения, умственное переутомление. В случае Рава-тона, после сильного нравственного потрясения, развилась катаракта правого глаза с обесцвечиванием и выпадением волос головы, бровей и ресниц правой же стороны. У учащихся нередко появляется выпадение волос в учебное время, особенно во время экзаменов, но в течение каникул волосы отрастают.

Часто alopecia развивается при невралгиях отдельных нервов, напр., n. trigemini, n. supraorbitalis (случай Эйленбурга, Вильсона и многих других), при cephalalgia и hemigrania, при истерии и неврастении.

При исследовании больных нередко можно найти различные нервные симптомы, как в их прошлом, так и настоящем, как напр., изменение чувствительности на облысевших местах и зуд, точно так же, как и различные нервнотрофические изменения: аномалии пигментации, ороговения, naevi и проч.

Сообразно с внешней картиной болезни alopecia neurotica может быть разделена на следующие два вида:

а. Общее поредение волос. Оно часто наблюдается у истеричных и неврастеников. При лечении необходимо обратить внимание на имеющиеся нервные симптомы. В некоторых случаях болезнь является наиболее упорной, но в других иногда бывает достаточным успокаивающее лечение ваннами, бромистыми препаратами и пр. Вместе с ослаблением или исчезновением таких симптомов, как мигрень, бессонница и т. п., волосы делаются прочными, а на месте выпавших отрастают новые.

б. Круговое выпадение волос, alopecia areata seu areola Celsa (рис. 49). Это своеобразное заболевание волос, подмеченное и описанное еще Цельсом (50 л. до нашей эры), выражается выпадением их кругами, причем данный участок кожи не представляет никаких бросающихся в глаза изменений: ни красноты, ни шелушения и пр. Волосы выпадают на коже здоровой и прежде не болевшей. Единственно, что можно заметить при внимательном осмотре, это то, что кожа оголенных участков бела, бледна, блестяща и гладка, как атлас. Эти явления указывают на атрофический процесс. Действи-

тельно, в некоторых случаях атрофия бывает ясно выражена: кожа оказывается истонченной. В исключительных случаях атрофия переходит даже на *galea aroneuotica* и даже на кости черепа (проф. Пospelов). По нашим наблюдениям, сосудодвигательные рефлексы на оголенном черепе большею частью отсутствуют.

При выдергивании волос в ближайшей окружности оголенного кружка оказывается, что волосы держатся непрочно: они очень легко выдергиваются со стержнем, но без влагалищ. Стержень и луковица очень тонки и сухи, и корневая часть стержня почти лишена пигмента и мозгового вещества. Луковица — закрытая, атрофированная.

Появление первого оголенного кружка происходит, можно сказать, внезапно. Больной, который никогда не замечал выпадения волос, вдруг неожиданно замечает плешину в 15 — 20-копеечную монету. Во многих случаях больной, который накануне с особенной внимательностью занимался своим туалетом и был очень доволен своими густыми волосами, при утреннем туалете вдруг неожиданно замечает круглую плешину, а на подушке видит пучок выпавших волос.

В одних случаях дело тем и ограничивается, но в других процесс распространяется; начальная плешина увеличивается, и кроме того, на других участках появляются новые оголенные кружки. Многие из них сливаются между собою. В большинстве случаев болезнь ограничивается или одной начальной или множественными плешинами, но иногда происходит полное оголение черепа.

Выпадение волос часто не ограничивается лишь черепом, а распространяется на все участки кожи, покрытые волосами: брови, веки, бороду, подмышечные впадины, грудь, конечности, лобок, причем везде можно заметить более или менее выраженную склонность к круговому выпадению (*alopecia areata universalis*).

Больной с оголенным черепом, без бровей, бороды и усов, имеет очень странный вид, что сильно действует на душевное настроение и заставляет его избегать общества.

Как особую своеобразную форму рассматриваемого страдания, я описал обламывание волос кругами — *trichorrhoeis areata*, которое я наблюдал у девочки 14 лет, с целым рядом истерических симпто-



Рис. 49. Alopecia areata.

мов, при начале менструаций, с периодами которых было связано наступившее внезапно обламывание волос.¹

В течение *ageae* Celsi можно отличать три периода:

Первый — прогрессирующий, когда начальный кружок оголения понемногу все расширяется, и когда появляются новые плешины. В окружности оголенных участков волосы легко вырываются. Продолжительность его — многие недели и месяцы.

Второй — стационарный период, когда дальнейшее распространение болезни прекратилось, волосы по периферии плешин держатся прочно, но образовавшиеся плешины не зарастают. Продолжительность его обыкновенно незначительная — несколько недель. Только в исключительных тяжелых случаях этот промежуточный период остается на многие годы и даже на всю жизнь.

Третий период — оздоровления, когда оголенные участки начинают покрываться растительностью, причем сначала вырастают тонкие беловатые пушковые волосы, которые постепенно сменяются настоящими волосами, однако, нередко лишенными пигмента (седые), или окрашенными в другой цвет, чем нормальные волосы. Наконец, вырастают настоящие волосы соответствующего цвета. Когда начинается отрастание волос, тогда изменяется и сосудистая реакция кожи черепа, именно, вместо отсутствия реакции или вместо белого дермографизма получается, после механического раздражения, красная полоска, как я это наблюдал многократно. Продолжительность этого периода — несколько месяцев. У детей зарастание происходит значительно скорее, чем у взрослых.

Возвраты болезни бывают нередко, иногда многократно.

Распознавание болезни в редких случаях встречает затруднение. Типическое круговое выпадение волос, без предшествующего и без сопровождающего заболевания кожи, дает характерную картину.

Затруднение является тогда, когда кожа оголенного участка в то же время красна, шелушится или покрыта корочками, что возможно при одновременном существовании экземы или же дерматита, вызванного различными раздражающими втираниями, к которым больные спешат прибегать по совету знакомых.

В подобных случаях может возникать вопрос о *herpes tonsurans*, который дает круглые, красные, шелушащиеся пятна, на которых волосы могут выпадать. Однако, при этом собственно выпадение волос едва заметно, но более выражено обламывание их (отсюда и название «стригущий лишай»), тогда как для *alopecia areata* характерно выпадение с корнями. Стригущий лишай еще скорее можно

¹ Проф. П. В. Никольский. Стригущая форма кругового выпадения волос. «Труды русского медиц. общ.», Варшава, 1900.

смешать с вышеупомянутой *trychorrhesis areata*, но выхождение волос при выдергивании их с эпителиальными влагиалищами и особенно присутствие в них растительных паразитов точно решают вопрос в пользу *herpes tonsurans*.

Alopecia syphilitica наблюдается во вторичном периоде сифилиса и является в двух формах: как общее поредение и как круговое выпадение. Но в последнем случае круговой тип не выдержанный, а смешанный с общим поредением. Получается впечатление, что среди общего поредения по местам выпадение сильнее, и потому здесь образуется особая плешина. Но последняя не сплошная, она все же покрыта волосами. При *alopecia areata* поражение строго гнездное, плешины совершенно лишены волос, и, кроме того, кожа пораженных участков представляет явление атрофии.

Относительно причины болезни существуют две теории: паразитарная и нервная.

Паразитарная, поддерживаемая преимущественно французскими дерматологами, основывается на случаях эпидемического распространения болезни в школах, семьях, войсках и на открытии в волосяных мешках бактерий. Последние описывались различными авторами и в различных видах. Сабуро (*Sabouraud*, 1896) описал микробацилл, составляющий, по его мнению, причину себорреи и *alopecia areatae*. Он находил его в верхней трети волосяного мешка, т. е. в участке между поверхностью кожи и впадением в волосяной мешок протока сальной железы. Но так как при таком высоком расположении паразитов нельзя объяснить атрофии ниже лежащих частей волоса и атрофии соска, то автор полагает, что непосредственное действие оказывает не сам паразит, а его токсин. Подтверждением этого взгляда служит выпадение волос в различной форме у животных после подкожного впрыскивания им токсина названного паразита.

Эта теория представляет много слабых сторон: 1) Сам Сабуро (1900) заявил, что когда его призывали для консультации по поводу эпидемии *alopecia areatae*, он находил не что иное, как *herpes tonsurans*. 2) Себоррея и *alopecia areata* представляют такие резкие обособленные клинические формы, которые невозможно объяснить влиянием одного и того же паразита. 3) Выпадение волос после впрыскивания токсинов вышеуказанного микробацилла едва ли в настоящее время может считаться доказательством причинной зависимости болезни от этих бацилл, так как выпадение волос у животных получается при впрыскивании токсинов тифозных бацилл, стрептококков и даже при кормлении загнившими настоями (профильтрованными и стерилизованными) маиса и мяса. 4) Наконец, и Сабуро признает в последнее время нервную форму *alopecia areatae*, кроме паразитарной.

Гораздо большую убедительность имеет нервная теория.¹ За нее говорят клинические факты: наблюдаемое развитие болезней после травмы, после нравственных потрясений и умственных переутомлений (я наблюдал у учащихся *alorsciam agetam*, появлявшуюся повторно в учебное время и совершенно проходившую в каникулярное время), иногда наблюдаемая невралгия соответствующих нервов, *serbalalgia* и *hemisrania*, также неврастения, истерия и изменения чувствительности пораженных участков. Но особенно убедительны экспериментальные исследования на животных Москалева и Тер-Грегорианца, которые, по вырывании у кошек и собак 2-го шейного межпозвоночного узла, а также при перерезке корешков этой области получали в соответствующих участках кожи круговое выпадение волос. В соответствии с этими экспериментами, я полагаю, стоит часто наблюдаемая мною у описываемых больных повышенная болевая чувствительность при давлении на поперечные отростки шейной части позвоночника и на область верхних шейных симпатических узлов, причем с улучшением и излечением болезни эта чувствительность проходит.

Лечение должно вести на основании следующих соображений.

Экспериментальными исследованиями выяснена зависимость выпадения волос от заболевания межпозвоночных узлов. Правда, сущность заболевания, за неимением патолого-анатомических данных, не выяснена. Но мы можем предполагать гиперемию узлов с последующими дегенеративными изменениями и ослаблением деятельности нервных клеток. Гиперемию узлов естественно допустить при ушибах головы и позвоночника, при аффектах и умственном напряжении. Иногда наблюдаемая повышенная чувствительность при давлении области поперечных отростков шейных позвонков также может говорить в пользу гиперемии межпозвоночных узлов, подобно такому же симптому при *herpes zoster*.

Исходя из этого предположения, а также имея в виду нередко наблюдаемые начальные явления раздражения нервно-сосудистой системы, в первое время болезни употребляют средства успокаивающие и сосудосуживающие: бром, хинин, эрготин.

Затем, несомненно, наступает период упадка нервной деятельности, что на коже выражается атрофическими явлениями и нередко понижением чувствительности облысевших участков. Поэтому, через несколько недель, естественно перейти к средствам укрепляющим, среди которых мышьяк должен занимать первое место, как укрепляющий нервную систему и имеющий особенное отношение к роговым образованиям и в частности к волосам. Известно, что мышьяк составляет нормальную часть волос, а при отравлении охотно откладывается в них. Сельские хозяева знают, что он способствует росту волос и

¹ П. В. Никольский. *Area Celsi* как трофоневроз кожи. «Мед. обозр.», 1886.

потому дают животным для улучшения шерсти. Образование кератозов (на ладонях и подошвах) при хроническом отравлении мышьяком указывает на особенное отношение его к роговой ткани. Наконец, клинические наблюдения говорят о благоприятном влиянии его на рост волос и ногтей. Мышьяк дают в пилюлях, каплях, в форме подкожных впрыскиваний.

С той же укрепляющею целью, смотря по особенностям случая, применяют железо, речные и морские купанья, души. Из курортов показаны железные минеральные воды (Липецк, Железноводск) и углекислые (Нарзан и Кисловодск). В то же время обращают большое внимание на укрепляющую гигиеническую обстановку: хорошее питание, чистый воздух и особенно душевный и, в частности, умственный покой. Значение последнего резко заметно на учащейся молодежи: в практике не редки случаи, когда волосы выпадают во время экзаменов и отрастают без всякого лечения в каникулярное время.

Наружное лечение должно исходить из того соображения, что процесс имеет характер атрофии и обнаруживает ослабление жизнедеятельности ткани, на что указывает выпадение волос с атрофированными луковицами, гладкость кожи, истончение ее, понижение чувствительности, отсутствие сосудодвигательных рефлексов. Чтобы противодействовать этим явлениям, употребляют средства с сосудорасширяющие (ежедневное втирание щеткой *tincturae cantharidum* со спиртом 1:10) и укрепляющие (массаж, фарадизация оголенных участков кисточкой, причем другой электрод ставят на область шейных межпозвоночных узлов, током средней силы, ежедневно по 10—15 минут).

С успехом применяется электрический свет кварцевой лампы Кромейера и лампы Баха (горное солнце), в которых горят пары ртути, содержащие большое количество химических лучей. Оголенные участки помещаются на расстоянии 10 см от лампы на время от 5 до 10 минут ежедневно, если не вызывается реакция в виде эритемы. В противном случае сеанс повторяется по миновании реакции. Самую реакцию нужно считать также благоприятной для лечения болезни.

Также с целью вызывать гиперемию рекомендуют применять присасывающие банки Бира.

Поседение волос.

(Canities.)

Поседение волос может быть врожденным, *canities congenita*, когда известная часть волос на голове или бровях, в виде пучка, иногда резко ограничивающегося средней линией тела, от природы имеет белый цвет, и — приобретенным, *canities acquisita*.

Последнюю, в свою очередь, разделяют на старческую, *canities senilis*, и преждевременную, *canities praematura*.

Canities senilis представляет атрофический процесс и является одним из признаков старения организма, упадка жизнедеятельности его. Возраст, с которого начинается поседение волос, равно как обнаружение и всех других признаков старости (морщинистость кожи, уменьшение эластичности ее, старческие бородавки и др.), различный. У одних полное поседение происходит уже в 40 лет, а у других в 50 — 60 лет волосы еще сохраняют свой обычный цвет.

Старческое поседение сначала захватывает отдельные волосы, обыкновенно на височных областях. Постепенно количество седых волос увеличивается, и они обнаруживаются по всей голове.

Изменение цвета идет таким образом, что вначале волосы принимают сероватый цвет, а затем белый.

Canities praematura может развиваться в раннем возрасте, в 20 — 30 лет и ранее, и является как *canities praematura hereditaria* и *canities praematura acquisita*.

Первая форма носит семейный характер. Есть семьи, в которых все члены подвергаются этим изменениям в ранние сроки.

Вторая форма зависит от влияния нервной системы. Она наблюдается при нервных и душевных болезнях, при явлениях подавленности и угнетенного состояния, при сильных душевных аффектах, каковы: страх и ужас, обуславливающие иногда очень быстрое поседение, в одну ночь, в $1\frac{1}{2}$ часа.

Раз происшедшее поседение остается на всю жизнь. Только в тех случаях, когда после выпадения волос при *alopecia areata* или после нарочитого удаления их с лечебной целью при *favus* и *herpes tonsurans*, вначале появляются седые волосы, можно надеяться, что при дальнейшем росте цвет их изменится, приближаясь к нормальному.

Поседение начинается с корня или с верхушки волоса и обыкновенно распространяется равномерно на весь волос; но иногда оно происходит как бы толчками, при чем кольца пигментированные чередуются с кольцами обесцвеченными — перемежающееся поседение, *pili annulati*.

Патолого-анатомические изменения состоят в уменьшении и исчезновении пигмента в волосе, и, по Мечникову, в появлении в корневой части волоса пигментофагов, блуждающих клеток с отростками, которые поглощают пигмент волоса и удаляются в окружающую ткань.

Однако, едва ли можно объяснить все случаи поседения деятельностью пигментофагов. Очевидно, быстрое поседение должно иметь другое объяснение. Но, кроме того, если стоять на той точке зрения, что пигмент образуется непосредственно в эпителиальных клетках волоса,¹ то само собою напрашивается предположение, что ослабление

¹ Теория образования пигмента см. выше в главе об анатомии кожи.

жизнедеятельности этих клеток, под влиянием старческих изменений или вследствие ослабленного трофического влияния со стороны нервной системы, ведет к постепенному уменьшению и исчезновению пигмента. Что касается случаев внезапного поседения, то их пытаются объяснить образованием газов внутри волоса, что, однако, не доказано и основывается на том факте, что большее содержание воздуха, действительно, ослабляет интенсивность окраски волоса.

Лечение поседения представляет дело неблагоприятное. Но, тем не менее, едва ли можно совершенно отказываться от него, конечно, не в старческом возрасте. Как мы говорили выше, поседение волос после искусственного удаления их, а также при *alopescia areata*, является временным, следовательно, истощенная пигментообразовательная сила клеток может восстанавливаться. Поэтому, в случаях *canities praematurae* и даже при начале *canities senilis* мы имеем основание вести лечение, направленное к улучшению жизнедеятельности эпителиальных клеток. Известно, что указанным путем можно до некоторой степени с успехом бороться со старческими атрофическими явлениями. Так, напр., при помощи массажа и электричества исправляются старческие морщины лица.

Очевидно, для лечения требуются средства укрепляющие (мышьяк и др.), сосудорасширяющие (раздражающие размывания мылом со щеткой и втирание *tincturae cantharidum* со спиртом 1:10) и возбуждающие (массаж и электричество).

Сказанное лечение, если не в состоянии привести к излечению болезни, то во всяком случае может противодействовать прогрессирующему распространению ее.

В виду малоуспешности лечения, больные, ради косметических целей, прибегают к окрашиванию волос в нужный цвет. Для этой цели употребляют азотнокислое серебро и дубильные вещества.

Азотнокислое серебро, разлагаясь, дает черный осадок. Когда его употребляют на большую поверхность, напр., на всю голову, то для избежания всасывания и развития аргирии, волосы, после тщательного обезжиривания мылом, смачивают 1 — 2% раствором пирогалловой кислоты, особенно у корней волос, и тогда смачивают 5% раствором азотнокислого серебра. Пирогалловая кислота, разлагая серебро, препятствует всасыванию его. Из дубильных веществ употребляют выжатый сок из кожицы орехов в смеси с алкоголем и др.

Волосатость.

(*Hypertrichosis*.)

Вся кожа человека покрыта волосами, за исключением некоторых отдельных участков (см. в главе анатомии кожи). Но настоящие во-

лосы, более толстые, длинные. пигментированные, покрывают лишь голову, а также у мужчин часть лица, подмышечные впадины и лобок. Остальная поверхность кожи имеет пушковые, тонкие, короткие, непигментированные волоски, совершенно незаметные или едва заметные при тщательном осмотре. Однако, у некоторых наций (южных), а также иногда индивидуально у мужчин, на коже туловища и конечностей, имеется довольно значительное развитие настоящих волос, что не относится еще к ненормальному состоянию.

При *hypertrichosis* настоящие волосы покрывают такие места, на которых обыкновенно их не бывает, а также очень обильно развиваются там, где, если и бывают, то в умеренном количестве. Так, например, у мужчин не только область бак и бороды, но все лицо, также все туловище и конечности покрываются густой растительностью. Но особенно резко бросается в глаза эта ненормальность у женщин, даже и при росте волос на ограниченных участках, как, например, в области усов и бороды.

Отличают врожденную волосатость и приобретенную. Та и другая может быть общей и местной.

Hypertrichosis congenita universalis представляет уродство, связанное с разнообразными признаками вырождения: неправильным развитием черепа, зубов и проч. «Волосатые люди», «*homines pilosi*», или рождаются такими, или же делаются такими в первые годы жизни, вследствие сильного развития пушковых волос и превращения их в настоящие волосы.

Лицо, заросшее волосами, походит на лицо собаки; такие люди стыдятся общества, а иногда являются предметом эксплуатации предпринимателей, показывающих их за деньги. С такою целью крестьянин Костромской губернии Адриан Евтихеев разъезжал по Европе в 1873 году.

Hypertrichosis congenita partialis является в виде *naevus pilosus* на различных участках кожи.

Hypertrichosis acquisita чаще бывает у женщин в виде усов, бак и бороды и развивается или в периоде сформирования, или в климактерическом возрасте. Бородатая женщина из Мексики, Юлия Пастрена, разъезжала по Европе в шестидесятых годах прошлого столетия.

Причины волосатости не выяснены. Можно допустить известную связь с деятельностью половых органов, в виду того, что в период *rubertatis* происходит усиленный рост волос, а у кастрированных мужчин, наоборот, рост волос прекращается. Точно так же у женщин *hypertrichosis*, как указано, развивается в периоде сформирования и в климактерическом периоде.

Вполне допустимо, что известные гормоны внутренней секреции являются раздражителями для волос.

Наблюдается семейное расположение к гипертрихозу. У одной из моих больных мать, сестра и пять теток со стороны матери имели усиленный рост волос на лице.

Лечение состоит в применении паллиативных и радикальных средств. К первым относятся: бритье, применение химических веществ, разрушающих волосы, и эпиляция. Из химических веществ употребляют сернистые соединения и едкую известь, растворяющие роговое вещество.

Rp. Arsenici sulfurati 4,0, amyli 40,0, calcariae vivae 46,0. M. D. S. Для пасты (паста Пленка).

Rq. Natrii hydrosulfurati 3,0, calcariae vivae, amyli aa 40. M. D. S. Для пасты (паста Бюде-Мартена).

Прибавляя к порошку воду, делают *ex tempore* пасту, которую наносят шпателью на кожу. Когда через 10 — 15 минут получается ощущение жжения, пасту смывают, причем удаляются и волосы. Не следует передерживать лекарство, так как иначе легко получается эритема. Эпиляция пинцетом обеспечивает отсутствие волос на более продолжительное время, чем бритье и паста. В большинстве случаев ограничиваются этим последним способом.

Радикальное излечение достигается электролизом. Игла, соединенная с отрицательным полюсом, вводится по ходу волоса до волосяного сосочка, и пропускается гальванический ток силой в 2 — 3 М.-А., в течение 1 — 2 — 3 минут. Вскоре появляются пузырьки газа, и тогда волос легко выдергивается. Однако, цель, которую преследует этот метод, состоит не в удалении только волоса, а в уничтожении питающего волос сосочка и в развитии воспаления с последующим рубцеванием сумки волоса. Рубцовое перерождение ткани ведет к уничтожению зачатков волоса. Электролиз представляет способ кропотливый, болезненный, требующий много времени и применимый для небольших участков кожи.

Рентгенотерапия, при помощи которой мы удаляем волосы при *favus* и *herpes tonsurans*, должна была привлечь внимание врачей с целью лечения волосатости. Но оказалось, что малые дозы (напр., $\frac{1}{2}$ Е. D.) не ведут к запустению волосяных мешков, а большие дозы, хотя и приводят к желаемой цели, но путем атрофических изменений кожи с развитием телеангиэктазий, что дает еще большее, чем волосатость, обезображивание лица. Поэтому одно время совершенно отказались от рентгенотерапии. Но в последнее время указывают на благоприятное действие такого приема: берутся жесткие (глубже проникающие) лучи (W. 10) и через пластинку алюминия в 3 мм дают 2 Е. D.; через 4 и через 6 недель сеанс повторяется. Этим путем достигается запустение волосяных мешков, но без явной атрофии кожи и без образования телеангиэктазий (Шмидт).

Расщепление волос.

(*Scissura pilorum*.)

Страдание выражается расщеплением волос на концах их на 2 — 3 части и более. Получается как бы кисточка. При этом обыкновенно наблюдается сухость волос и часто выпадение их. Болезнь, очевидно, является результатом ослабления жизнедеятельности волос и сальных желез и неправильностей в процессе ороговения.

Лечение состоит в применении средств укрепляющих (мышьяк), сосудорасширяющих (раздражающие втирания *tincturae cantharidum* со спиртом 10%, мыльные размывания со щеткой) и размягчающих — смазывание волос жирами, напр., ланолиновой помадой.

Rp. Lanolin puri, vasogeni spissi aa 15,0, ol. amygdal. dulcium 10,0, ol. bergamoti gt. XV. M. D. S. Помада для волос.

Наконец, рекомендуется стрижка волос или обрезание концов их. Оправданием для стрижки могут служить опыты на животных, показывающие, что после стрижки клетки корневой части волоса усиленно размножаются (Ремезов).

Узловатая атрофия волос.

(*Trichorrhesis nodosa*.)

Болезнь выражается четкообразными вздутиями на поверхности волос. Места вздутий ломкие, и когда в этих местах волос обламывается, то получается как бы кисточка. Страдание чаще бывает на усах и бороде мужчин.

Причины и лечение такие же, как и предыдущей болезни. Впрочем, некоторые авторы думают, что это страдание паразитарное.

Веретенообразная атрофия волос.

(*Aplasia moniliformis*.)

Болезнь выражается веретенообразными вздутиями, между которыми находятся атрофированные участки. Нередко болезнь наследственная. Лечение укрепляющее.

Воспаление волосяных мешков.

(*Sycosis*.)

Сикоз наблюдается всего чаще в области усов и бороды, реже на лобке и в подмышечных впадинах. Болезнь характеризуется образованием в окружности волос папул, переходящих в пустулы. Папулы и

пустулы окружены венчиком воспалительной красноты и прободаются волосом. Волосы выдергиваются с влагалищами, раздутыми, мацерированными, а на нижнем конце волоса нередко заметна капля гноя. Одни пустулы засыхают в корки, другие разрываются, обнажая ссадины, отделяемое которых также засыхает в корки. Нередко вся область бороды и усов покрывается массой корок, среди которых имеются мокнущие участки. Иногда, наоборот, преобладает мокнутие.

Болезнь сопровождается ощущениями жжения, боли, зуда.

При долгом существовании болезни образуются большие плотные узлы, пропитанные гноем.

Течение болезни продолжительное, иногда многие годы.

Патолого-анатомические изменения состоят в воспалительной инфильтрации в сумках волос с переходом в нагноение. Процесс может распространяться на соседнюю ткань (perifolliculitis).

Причины болезни. Сикоз может развиваться вторично при экземе, которая, производя обнажение кожи, дает возможность стафилококкам пройти в глубокие части кожи, где они и вызывают воспаление волосяных сумок. Что же касается первичного сикоза, то одни авторы (Поспелов) считают его нервным страданием, в виду наблюдаемого внезапного появления болезни и внезапного исчезновения ее, а также случаев одностороннего поражения. Другие авторы (особенно французские) считают болезнь паразитарной, зависящей от внедрения золотистого стафилококка. Только относительно той формы, которую принято называть *sycosis parasitaria*, нет разногласий; она зависит от растительного паразита, *trichoryton tonsurans*, легко открываемого при микроскопическом исследовании волос.

Мы думаем, что нельзя не признать, вместе с проф. Поспеловым, нервной формы сикоза, устанавливаемой клиническими фактами, которая аналогична нервной форме экземы с тем отличием, что при экземе сосудистые изменения касаются сосочкового и подсосочкового слоев, а при сикозе они касаются сосудов и нервов волос и волосяных сумок. Эта форма сикоза наиболее упорная и капризная как вообще нервные кожные страдания.

В то же время нельзя отрицать другой формы, стафилококковой, но аналогичной с вторичным сикозом при экземе.

При распознавании сикоза всего чаще приходится думать об экземе, при которой также имеются краснота, мокнутие, корки. Но экзема—процесс более поверхностный и не затрагивающий волос, тогда как при сикозе вырванный волос оказывается пропитанным гноем. Однако, нужно иметь в виду возможность комбинации того и другого страдания. Но тогда должны быть характерные признаки экземы: маленькие поверхностные пузырьки и ощущение зуда и в то же время гнойное пропитывание волос.

Лечение должно вести сообразно с двумя периодами ее: периодом раздражения и периодом хронической инфильтрации ткани без выраженных явлений раздражения.

В первом периоде, характеризующемся сильной краснотой, сильным мокнутием и образованием корок, красным дермографизмом, значительными болезненными ощущениями, употребляются внутрь средства успокаивающие и сосудосуживающие—бром, хинин, эрготин (см. главу об экземе), а снаружи сосудосуживающие и вяжущие (охлаждающие примочки из aqua plumbi) и размягчающие (vaselinum boricum, unguentum Wilsonii).

Одновременно с этим стараются освободить кожу от гноя путем удаления пораженных волос. Это достигается эпиляцией пинцетом и последовательным выдавливанием гноя. Нередко эпиляцию приходится откладывать на несколько дней вследствие сильной болезненности, причиняемой вырыванием, до тех пор, пока стихнут острые воспалительные явления. По наблюдениям нашей клиники, для уменьшения боли при эпиляции может служить одновременное сильное сдавливание кожи.¹

Другой способ удаления волос—рентгенизация. Дается 1 Е. D. через 1-мм алюминиевый фильтр при W. 10. Рентгенизация, кроме удаления волос, благоприятно влияет вообще на воспалительный процесс, уменьшая мокнутие и инфильтрацию ткани. Во всех 39 случаях, пользованных Рентгеном в нашей клинике в 1925 году, наступило излечение.²

Во втором периоде явления раздражения стихают, но более выступает плотная инфильтрация ткани в виде узлов, бугристостей, утолщения кожи. Но и здесь прежде всего нужно убедиться, достаточно ли кожа освобождена от скоплений гноя, и, в противном случае, также требуется удаление волос и проколы узлов, содержащих гной. Затем применяются средства разрешающие: тепло в форме теплых припарок и электрического горяче-воздушного душа, сильные мыльные размывания, скарификации и массаж. Внутрь даются средства укрепляющие (мышьяк).

Болезни ногтей и окружающих частей.

(Onychia. Paronychia.)

Болезни ногтей принято называть *onychia*; болезни окружающих частей—*paronychia*. Изменения ногтей могут быть врожденными и

¹ И. А. Коган. К мероприятиям, уменьшающим боль при эпиляции. «Сов. мед. на Сев. Кавказе», 1925, № 7.

² Хаспеков. Цит. выше.

могут развиваться вследствие травматических влияний, вследствие заражения паразитами, при различных кожных страданиях, при общих заболеваниях и как трофические изменения.

При врожденных изменениях может быть отсутствие одного или многих ногтей, также атрофия и гипертрофия ногтей.

При отсутствии ногтя его место покрыто роговым слоем с отдельными участками роговых наслоений.

Атрофия ногтя может быть количественной и качественной.

При количественной атрофии ноготь взрослого тонок, как ноготь новорожденного, но общий вид его нормальный.

При качественной атрофии изменяется самое вещество ногтя, которое скорее напоминает эпидермодальний покров кожи.

В других случаях атрофия одних частей сопровождается гипертрофией других, причем середина ногтя делается вогнутой, а боковые края возвышенными (*koilonychia*).

Гипертрофия ногтей выражается утолщением их и неправильной формой, иногда напоминающей когти животных (*onychogryphosis*).

Врожденные изменения ногтей обыкновенно сопровождаются и другими врожденными ненормальностями в различных органах—явлениями вырождения (ненормальный рост волос, ненормальное развитие зубов и проч.).

Травматические изменения всего чаще бывают вследствие обкусывания ногтей, вследствие чесания при продолжительных зудящих болезнях кожи и вследствие давления несоответствующей обуви.

Обкусывание ногтей представляет довольно распространенную привычку школьников. Такой ноготь укорочен, не выходит за ногтевое ложе, нередко по местам обкусан дальше переднего края ложа. Обкусанный край неровный. Обкусывание или обгрызание ногтей обыкновенно считают дурной привычкой, с которой борются мерами строгости. Но едва ли это соответствует действительности. Во всяком случае, нередко можно видеть, что эта привычка бывает у лиц с явлениями местной синюхи конечностей (синеватые, влажные, холодные руки), причем излечение синюхи (при помощи массажа, теплых ванн и фарадизации) уничтожает эту привычку. Только что указанные факты дают основание для такого объяснения, приложимого, по крайней мере, к известному ряду случаев: неправильное кровообращение в концах пальцев (которое может быть и без ясно выраженных явлений синюхи) обуславливает ненормальное ощущение, заставляющее больного бессознательно делать своего рода массаж: кусать ногти и тереть концы пальцев о зубы.

При чесании кожи, как это бывает при многих продолжительных зудящих болезнях, каковы: экзема, чесотка, хроническая крапивница и др., ногти имеют блестящую, словно полированную поверхность, а свободный край имеет в середине выпербину.

Тесная обувь может вести к гипертрофии и искривлению ногтей (*onychogryphosis*) и врастанию ногтя в боковые складки кожи.

Паразитарные заболевания, *onychomycosis*, обуславливаются грибом парши и *trichophyton tonsurans*.

Onychomycosis favosa обыкновенно бывает при паршах головы и редко бывает единственным симптомом парши. Болезнь поражает один или несколько ногтей рук и ног и очень редко все ногти. Пораженный ноготь вначале покрыт желтоватыми точками, а затем представляется сплошь желтоватым, сухим, тусклым, шероховатым, шелушащимся (см. главу о парше).

Onychomycosis trichophytina имеет те же свойства, только цвет ногтей менее желтый, более сероватый.

Лечение состоит в применении противопаразитарных средств, именно *иода* в форме раствора Люголь-Грама.

Rp. Iodi puri, Natriijodati aa 0,1, aq. destill. 100,0. M. D. S. Для компрессов.

Смачивается вата и прикладывается к ногтю, а сверху кладется клеенка и бинт или гуттаперчевый напалечник. Компресс меняется дважды в день. Однако, не всегда можно надеяться на достаточно глубокое пропитание иода между роговыми клетками. Также применяют компрессы из 10% едкого кали с последующим соскабливанием размягченного слоя ножом и смазыванием иодной настойкой. Однако, применяя настойчиво сказанное лечение, нужно знать, что очень может быть, придется обратиться к оперативному пособию, т. е. удалению ногтя. Рекомендуют также рентгенотерапию ($1\frac{1}{2}$ Е. Д. с трубкой средней жесткости), от которой я не видел успеха.

При страданиях ногтей, сопровождающих другие кожные болезни, каковы: *eczema*, *psoriasis*, *lichen ruber*, *dermatitis exfoliativa*, *pemphigus* и др., в одних случаях поражение кожи пальцев переходит на ноготь по продолжению, в других случаях ноготь поражается тем же страданием, как и кожа, но отдельно, при целостности соседней кожи.

Изменения ногтей при кожных страданиях самые разнообразные и могут касаться цвета (сероватый, желтоватый), блеска (матовый, тусклый вид), свойства поверхности (с точечными углублениями, с поперечными и продольными бороздками), эластичности (ломкость). Также может быть гипертрофия, или, наоборот, атрофия и отслойка ногтя. Иногда наблюдаются маленькие абсцессы под ногтем (обыкновенно при *paronychia*), ведущие к обезображиванию или отслойке ногтя.

Распознавание страдания приходится ставить на основании сопутствующих кожных изменений.

При общих страданиях организма, острых и хронических, каковы: тиф, пневмония, сифилис и др., нередко поражаются и ногти. При острых процессах характерно образование поперечной бороздки близ заднего края, указывающей на недочет в образовании и росте ногтя. По выздоровлении и при восстановлении нормального роста эта бороздка постепенно подвигается кпереди (приблизительно на 3 мм в месяц).

При хронических процессах в легких ногти делаются широкими и выпуклыми (ногти Гиппократа).

При сифилисе, *onychiasyphilitica*, ногти могут сделаться ломкими, утолщенными, могут отслаиваться частично; на поверхности их может быть потеря вещества, как бы язва.



Рис. 50. Ногти при парше.

Трофические изменения ногтей стоят в зависимости от нервных болезней, каковы: неврозы, сирингомизия, табес, гемиплегия и др. Однако, вполне возможно допустить, что трофические изменения ногтей могут развиваться и без всяких других нервных явлений. Описываемые изменения очень разнообразны. Так, наблюдаются различные виды атрофии и, между прочим, с образованием белых пятен (*leuconychia*). (Предполагают, что между недостаточностью ороговевшими клетками проникают пузырьки воздуха.) Нередко атрофия приводит к ломкости, отслойке и выпадению ногтей. Наблюдается также гипертрофия с образованием когтей (*onychogrychosis*).

Для лечения применяются средства, укрепляющие нервную систему, и на первом месте мышьяк в больших дозах и продолжительное время.

Paronychia представляет заболевание складок кожи в окружности ногтя. Отличают *paronychia lateralis*, когда процесс касается боковых складок, и *paronychia posterior* при заболевании задней складки.

Paronychia может быть первичной и вторичной. Первичная paronychia бывает воспалительной (дерматиты различной интенсивности, с образованием гнойников) и специфической (образование сифилитических папул и язв, отложение лепрозного инфильтрата и др.).

Paronychia ведет к нарушению питания ногтя, особенно в том случае, когда затрогивается matrix ногтя (в задней складке). При этом получают различные изменения ногтя до полного удаления его.

Вторичная paronychia является следствием ненормального роста ногтя в поперечном направлении, причем он врывается в боковые складки кожи, причиняя раздражение и воспаление окружающей кожи.

Лечение paronychia, смотря по вызывающей причине, требует средств противовоспалительных (холод, тепло), дезинфицирующих (сулемовые компрессы и пр.), противосифилитических и др., также нередко — тщательного обрезывания ногтя, закладывания марли или ваты в пространство между ногтем и складками кожи и в крайних случаях удаления ногтя.

НЕПРАВИЛЬНОСТИ В ОБРАЗОВАНИИ ПИГМЕНТА.

Количество пигмента может колебаться в сторону увеличения, *hyperpigmentatio*, и в сторону уменьшения, *depigmentatio*. Эти неправильности пигментации могут быть вторичными, вслед за другими кожными изменениями, и первичными, без всяких других кожных изменений.

Увеличенное образование пигмента.

(*Hyperpigmentatio cutis*.)

К вторичным пигментациям относят пигментации после расчесов (кожа бродяг, см. главу о вшивости), после дерматитов, вызванных раздражающими веществами (мушка, горчичник), после многих кожных сыпей, как-то: после псориатических бляшек, после папул *lichen ruber planus* и др.

Первичные пигментации можно подразделить на две группы:

1. Пигментации, сопутствующие другим кожным изменениям. Таковы: *xeroderma pigmentosum*, при которой имеется сухость и атрофия кожи вместе с другим самостоятельным изменением — усиленным образованием пигмента; *acanthosis nigricans*, при котором вместе с разрастанием сосочков и рогового слоя происходит и значительное образование пигмента. В этих и других подобных процессах изменения в пигменте являются самостоятельными и не зависят от других кожных изменений.

2. Пигментации, являющиеся единственным изменением кожи. Сюда относятся: врожденные пигментные пятна, веснушки, маска беременности, болезнь Аддисона, пигментация от мышьяка.

Врожденные пигментные пятна.

(*Naevi pigmentosi*.)

Врожденные пигментные пятна бывают разной величины, от просяного зерна до ладони и более. Количество их различное: то одиночные, то множественные, насчитывающиеся десятками. Расположение

то неправильное, то систематизированное, напр., только на одной половине, или как бы по ходу нервов (*naevi lineares*), или в определенных областях, иннервируемых из известных сегментов спинного мозга (*naevi nervosi*, *Nervennaevi*).

Цвет пятен от светло-бурого до насыщенного черного. Поверхность то совершенно гладкая и притом в уровень с окружающей кожей, — *naevus pigmentosus planus*, то гладкая, но слегка возвышенная — *naevus pigmentosus elevatus*,



Рис. 51. *Naevus pigmentosus pilosus*.



Рис. 52. *Naevus pigmentosus verrucosus pilosus*.

то покрыта волосами — *naevus pigmentosus pilosus*, то бородавчатая — *naevus pigmentosus verrucosus*, *naevus ichthyosiformis*.

Течение. Появившись в течение утробной жизни плода, пигментные пятна увеличиваются вместе с ростом хозяина и существуют до конца жизни без изменений. В редких случаях они развиваются через несколько лет после рождения. В преклонном возрасте *naevus pigmentosus* может переходить в меланотическую саркому.

Патолого-анатомические изменения. В клетках основного и вышележащих слоев надкожицы находят значительное количество пигмента. То же в соединительнотканых клетках *corii*. При

naevus pigmentosus, verrucosus и ichthyosiformis, кроме того, наблюдается разрастание рогового слоя и сосочков.

Лечение состоит в применении средств, разрушающих ткань, каковы: *acidum nitricum fumans*, *acidum aceticum glaciale*, Паке-лен, гальванокаустика. Однако, нужно иметь в виду, что после этих средств могут оставаться неправильные рубцы и также келоидные



Рис. 53. Naevus verrucosus. а — невусные пигментные клетки.

рубцы, что в косметическом отношении очень неудобно. Более нежно действует электролиз. Игла-катод вводится до сосочкового слоя, пропускается слабый ток, в 2 М.-А. в течение 15—25 секунд, до отслойки надкожицы жидкостью. Последняя скоро засыхает в корку, которая отпадает через $1\frac{1}{2}$ —2 недели, открывая наросшую молодую надкожицу, содержащую значительно меньшее количество пигмента. Также применяют замораживание жидкой угольной кислотой.

При *naevus pilosus* применяется Рентген, так же как при гипертрихозе.

Маточные пятна. Печеночные пятна. Маска беременности.

(Chloasma.)

Хлоазма представляет собою желтовато-буроватые пятна кожи лица, особенно лба и щек, и реже тыльных поверхностей кистей рук. Обыкновенно болезнь встречается у женщин, но иногда бывает и у мужчин. Пятна невозвышенные, резко отграничивающиеся от окружающей нормальной кожи. Они не вызывают никаких ненормальных ощущений и представляют лишь косметические неудобства. Особенно болезнь тяготит женщин, так как бурные пятна, действительно, обезображивают лицо.

Течение болезни продолжительное, многие годы.

Причина болезни. На болезнь надо смотреть, как на атрофический процесс в клетках надкожицы, соединенный с ослаблением жизнедеятельности их. Причины, нужно думать, разнообразны. Не редко болезнь наблюдается у лиц ослабленных, истощенных, следовательно, ослабление жизнедеятельности клеток надкожицы стоит в связи с общим ослаблением организма. Далее, болезнь наблюдается у неврастеников, что указывает на зависимость ее от измененного влияния со стороны нервной системы. Что влияние нервной системы на выработку пигмента вообще вполне допустимо, на это указывают опыты Gaulle, который при раздражении межпозвоночных узлов у лягушки получал исчезновение пигмента. Наконец, измененная внутренняя секреция также оказывает влияние на выработку пигмента, на что указывает постоянно наблюдаемая при беременности пигментация сосков и средней линии живота. Вполне допустимо подобное же влияние заболеваний половых органов, откуда и название «маточные пятна».

Лечение болезни состоит в применении внутрь средств укреплющих: мышьяка и железа, и наружных средств — сосудорасширяющих и отшелушивающих. Цель, к которой нужно стремиться, это — усиление питания и жизнедеятельности клеток надкожицы. Лечебная гиперемия, вызывая усиленный приток крови, тем самым улучшает питание надкожицы, а искусственное отшелушивание рогового покрова, вследствие общего стремления организма восполнять дефекты, ведет к усилению жизнедеятельности и размножению клеток надкожицы. Новые клетки с более правильной жизнедеятельностью содержат уже меньшие количества пигмента.

Поставленные цели достигаются ежедневным сильным размыиванием пораженной кожи мыльным спиртом (*spiritus saponatus kalinus Hebrae*) на фланели. При этом получается гиперемия кожи и постепенное, хотя и мало заметное, отшелушивание рогового слоя. Этот способ

лечения удобный и всем доступный. Обыкновенно им и ограничиваются. Но для более быстрого влияния прибегают к сильному отшелушивающему способу, стремясь к тому, чтобы в течение сравнительно короткого времени снять целые пласты рогового слоя. Для этого употребляют резорциновую пасту.

Rp. Resorcini 10,0, zinci oxydati, amyli tritici aa 20,0, lanolini, vaselini aa 25,0. M. f. pasta. D. S. Для втирания.

Втирание делают ежедневно, 3—4—5 дней, до тех пор, пока кожа не начнет морщиниться — признак начинающейся отслойки рогового покрова. Если нужно, увеличивают количество резорцина до 40—50%. После отслойки кожа представляется менее пигментированной. Этот прием с промежутками в 2—3 недели, по надобности, повторяют несколько раз.

Веснушки.

(Ephelides.)

Веснушками называют маленькие, от булавочной головки до чечевичи, пятна желтоватого, светлорубого или темнорубого цвета, не возвышающиеся над уровнем кожи и располагающиеся по преимуществу на лице, но также и на других более открытых участках кожи, шее, конечностях.

Веснушки развиваются, главным образом, у блондинов и очень редко у брюнетов. Они появляются в возрасте 8—9 лет и остаются на всю жизнь, исчезая лишь в старости.

Зимой они уменьшаются, летом увеличиваются.

Патолого-анатомические изменения состоят в увеличенном отложении пигмента в надкожице, а также и в корнуме.

Причина болезни не выяснена. Известно лишь, что солнечный свет усиливает развитие пятен.

Лечение болезни, вообще не представляющееся благодарным, должно состоять в употреблении средств, защищающих и отшелушивающих.

Из средств, защищающих кожу от влияния химических (фиолетовых) лучей солнца, употребляются красные порошки, пасты и мази с примесью кумарина и красной глины.

Rp. Zinci oxydati, talci aa 20,0, magnesia carbonicae 10,0 spermaceti 2,0, boli rubri 15,0. M. f. pulvis. D. S. Пудра.

Rp. Boli rubri 4,0, ung. Wilsonii 30,0, M. D. S. Мазь.

Rp. Zinci oxydati, boli rubri aa 10,0, lanolini, vaselini flavi aa 10,0. M. D. S. Паста.

В продаже имеется крем с кумарином под названием zeozon (3%) и ultrazeozon (7%).

Также с целью защиты кожи от солнечных лучей употребляются желтые и красные вуали и перчатки.

Средства сосудорасширяющие (мыльные размывания) и отшелушивающие (резорциновая паста) применяют так же, как при хлоазме (см. выше).

Применяют и следующие средства: отдельные пятна прижигают ас. carbolicum liquefacto или делают втирания перекисью водорода (perhydrolum Merck), 5—15% раствором. Для распространенного отшелушивания: втирание лимонного сока, 10%, уксусной кислоты, 1% соляной кислоты. Видоизмененная мазь Гебры против веснушек: *Rp. Hydrarg. praecipitati albi, bismuti subnitrici aa 5,0, ol. olivarum 4,0. ung. glycerini 6,0.*

Бронзовая болезнь.

(Morbus Addisonii.)

Бронзовая болезнь характеризуется увеличенной пигментацией участков кожи, вначале и без того уже пигментированных, каковы: околососковый кружок, мошонка, подмышечные впадины, также на местах, наиболее подвергающихся действию солнечного света и давлению одеждою, а затем и на всей коже и на доступных осмотру слизистых оболочках.

Пораженная кожа представляется светлобурой или темнобурой, черно-бурой и напоминает цвет бронзовой статуи. Слизистая оболочка рта представляется дымчато-серой, или буровой, или синевато-аспидной. Поражается и соединительная оболочка глазного яблока.

При вполне развитом страдании увеличение пигмента обыкновенно наблюдается на всей поверхности кожи, хотя не исключается возможность сохранения нормальной окраски на некоторых местах, например, ладонях; а иногда на некоторых местах наблюдается даже и уменьшение пигмента, подобно тому как это бывает при vitiligo.

Окрашивание слизистых оболочек входит в характеристику болезни и отличает ее от hyperpigmentatio arsenicalis. Но и здесь могут быть исключения, и слизистые оболочки могут оставаться неокрашенными.

Кроме описанных изменений, болезнь Аддисона выражается рядом тяжелых внутренних расстройств. Главным из них является прогрессирующая слабость (мышечная и психическая).

Мышцы быстро утомляются. Это резко выражается при быстрых следующих друг за другом сжиманиях динамометра. Если при первом сжимании динамометр показывал 40—50 кг, то при 5—6 он показывает 5—10 кг.

Психическое ослабление выражается умственной вялостью и апатией.

В то же время развиваются расстройства пищеварительного аппарата: потеря аппетита, рвота, запоры, сменяющиеся неудержимыми поносами.

Течение болезни занимает в среднем 2 года. Наиболее короткий срок 2 месяца; наиболее длинный 14—16 лет. Смерть наступает при явлениях истощения, при судорогах и коме.

Патолого-анатомические изменения. Из внутренних органов почти постоянное изменение находят в надпочечниках. Наиболее туберкулезное поражение, иногда воспаление, кровоизлияние, также сифилитическое поражение и раковое новообразование. В коже находят значительное отложение пигмента как в надкожице, так и в собственно коже.

Причина болезни. Аддисон, описавший в 1855 году рассматриваемое страдание, на основании данных вскрытий отнес причину болезни к поражению надпочечников, что и подтвердилось дальнейшими наблюдениями. Правда, в небольшом числе случаев Аддисонова болезнь не сопровождается поражением надпочечников, а также и наоборот: в некоторых случаях поражения надпочечников, найденные при вскрытии, не сопровождалась явлениями Аддисоновой болезни. Эти факты, а также находимые изменения симпатического нерва дали повод к созданию нервной или симпатической теории происхождения болезни, которая причину болезни видит не в поражении надпочечников, а в поражении симпатического нерва.

На это защитники теории аддисона говорят, что поражение надпочечников без симптомов Аддисоновой болезни можно объяснить тем, что названный орган сложный и состоит из двух тканей: коркового и мозгового вещества — хромаффинного (его клетки окрашиваются хромовыми солями). Аддисонова болезнь развивается лишь в том случае, когда при поражении надпочечников затронуется, именно, хромаффиновая ткань.

Однако, оказалось, что встречаются случаи, при которых поражается вся ткань надпочечников, включая и хромаффиновые клетки, и тем не менее болезни Аддисона не бывает. Но более подробное анатомическое и гистологическое изучение органа установило, что хромаффиновые клетки содержатся не только внутри надпочечников, но и вне их, в пространстве между обоими надпочечниками в области солнечного сплетения. Описаны даже добавочные надпочечники. Поэтому вполне возможно, что при поражении самих надпочечников их отправления принимают на себя добавочные железы, причем явлений Аддисоновой болезни не развивается.

Однако, и после этих разъяснений оставался еще необъясненным факт развития названной болезни при полной неповрежденности (анатомической) надпочечников. Но и он, повидимому, получает объяснение

в том, что, как доказано опытами, надпочечники имеют свой секреторный нерв в п. *splanchnicus*. Заболевание секреторных нервов может вести к потере функции надпочечников, что обуславливает Аддисонову болезнь.

Последние факты примиряют обе теории. Нельзя оставить без внимания того, что надпочечники и, в частности, хромоаффинная система очень тесно связаны с симпатической нервной системой. Поэтому вполне допустим окончательный вывод, что аддисонова болезнь развивается при поражении надпочечников, а также и симпатической нервной системы, обуславливающей правильную функцию надпочечников.

Относительно наиболее интересного для дерматологии вопроса о значении надпочечников для образования кожного пигмента высказывается такое предположение: надпочечники регулируют пигментный обмен. Есть некоторые данные, указывающие на образование пигмента из продуктов обмена белка, особенно тирозина, под влиянием особых ферментов, оксидаз. Надпочечники переводят тирозин в адреналин, но при выпадении их функции тирозин и другие подобные вещества накапливаются в тканях, причем в коже под влиянием существующих там особых ферментов (на существование которых указывает наблюдаемое посмертное образование пигмента) образуется большое количество пигмента.

Лечение болезни. Аддисонова болезнь представляет страдание крайне тяжелое, обыкновенно ведущее к смерти. Однако во многих случаях наблюдалось благоприятное влияние и даже излечение при употреблении вытяжек из надпочечников. Употребляют *Suprareninum Roche in tabletis* 0,1—0,2—0,3—0,5 по 2 раза в день, следя за сердцем и пульсом, так как содержащийся в названном средстве адреналин действует на сердце (ускорение), сосуды (сужение) и кровяное давление (повышение), также *adrenalinum* (раствор 1 : 1 000, 10—15 капель 3 раза в день или подкожно по 1 куб. см в день).

Окраска кожи от мышьяка.

(*Hyperpigmentatio arsenicalis*.)

Мышьяк, столь часто применяемый в дерматологии, сам может производить болезненные изменения в коже, каковы *erythema arsenicale*, *ulcus arsenicale*, *hyperkeratosis palmaris et plantaris arsenicalis* и *hyperpigmentatio arsenicalis*. Наичаще кожные изменения от мышьяка наступают при долгом, в течение месяцев и годов, употреблении небольших лечебных доз. Но иногда, у некоторых лиц, эритема и увеличенная пигментация могут появиться уже через несколько дней после начала употребления мышьяка.

Hyperpigmentatio arsenicalis выражается желтовато-буроватыми пятнами, то небольшими, в $\frac{1}{2}$ —1 см в диаметре, то большими, в ладонь и более.

Пятна особенно охотно появляются на открытых местах, наиболее подвергающихся влиянию солнечных лучей, каковы: лицо (лоб, щеки) и шея, также на местах, подвергающихся химическим раздражениям (после мушки, горчичника и др.), и, наконец, на местах, пораженных сыпью (psoriasis, lichen ruber), по излечении последней.

Течение пятен вообще продолжительное, но по прекращении приемов мышьяка они проходят сами собой в течение нескольких месяцев.

Причина болезни. Как мы говорили ранее (в главе о псориазе), мышьяк имеет особенное отношение к эпителиальному покрову и особенно к процессу ороговения. Он способствует улучшению процесса ороговения, почему и применяется при psoriasis, alopecia, onychia и пр. Но в некоторых случаях это влияние переходит известные пределы, и тогда получается hyperkeratosis. Вполне допустимо предположение, что мышьяк оказывает влияние и на другие слои покровного эпителия и в том числе на более глубокие (цилиндрический и прилежащие к нему), в которых происходит выработка пигмента. В некоторых случаях мышьяк усиливает этот процесс выше нормы.

Распознавание болезни. От болезни *Аддисона* отличем служит то, что при последней окрашиваются и слизистые оболочки, и, кроме того, наблюдаются тяжелые общие расстройства в виде мышечной и психической утомляемости и пр.

Для лечения болезни необходимо прекращение употребления мышьяка и применение отшелушивающих средств, с целью вызвать скорейшее продвижение пигментированных клеток надкожицы кверху, с последующим отшелушиванием их. Это достигается ежедневным сильным мыльным размыиванием на фланели, а также отшелушивающей пастой с резорцином (см. главу о маточных пятнах).

Окраска кожи от серебра.

(Argyria.)

Эта окраска получается при долгом употреблении внутрь азотнокислого серебра. В наблюдавшемся в нашей клинике случае она явилась в результате постоянного, в течение 10 лет, смазывания зева азотнокислым серебром. Окраска особенно заметна на лице и кистях, а также на туловище, иногда бывает и на слизистых оболочках. Цвет аспидный, с синеватым отливом. Серебро отлагается в эластических волокнах и основной перепонке.

Лечение бессильно.

Татуировка.

При татуировке делают уколы иглой в сосочковый слой кожи и втирают китайскую тушь или киноварь.

Для уничтожения татуировки употребляют средства, вызывающие воспаление: скарификации с последовательным втиранием чистой карболовой кислоты или, лучше, замораживание жидкой угольной кислотой.

Уменьшение пигмента.

(*Achromia. Leucopathia.*)

Уменьшение пигмента может быть как в коже (*leucoderma*), так и в придатках ее: волосах (*canities*, см. выше) и ногтях (*leuconychia*, см. выше главу о болезнях ногтей).

Участки кожи, лишенные пигмента, вообще отличаются белым цветом, причем в одних случаях они представляются молочно-белыми, малокровными, в других — розовато-белыми, вследствие лучшего просвечивания крови.

Уменьшение пигмента может быть врожденным и приобретенным.

Врожденный недостаток пигмента.

(*Albinismus.*)

Альбинизм бывает общим — *albinismus universalis* и частичным — *albinismus partialis*.

При *albinismus universalis*, у альбиносов, вся кожа белая с розоватым оттенком, с просвечивающими тонкими сосудами. Волосы светложелтоватые или белые. Вследствие отсутствия пигмента в тканях глаза *choroidea* и зрачок, подобно кроликам, красные.

При *albinismus partialis* белые пятна той или другой величины могут занимать различные области кожи.

Причины, несомненно относящиеся к ненормальностям внутриутробного развития, ближе неизвестны.

Патолого-анатомические изменения состоят в отсутствии пигмента в Мальпигиевом слое надкожицы.

Болезнь остается на всю жизнь.

П е с ь.

(*Vitiligo.*)

При витилиго недостаток пигмента является приобретенным. Страдание выражается образованием белых пятен округлого очертания, разбросанных и сливающихся в поверхности разной величины, иногда очень больших и окруженных поясом более пигментированным, чем нормальная кожа.

Белые пятна имеют округлые выпуклые границы; пигментированные, наоборот, вогнутые.

Белые пятна, начавшись маленькими кружками, растут по периферии. Поражение может ограничиваться 1—2 пятнами, но нередко оно занимает всю кожу (*vitiligo universalis*), причем кожа делается пестрой, пегой; белые участки чередуются с повышено и нормально пигментированными. При очень сильном развитии процесса вся кожа может сделаться белой, за исключением где-либо остающихся небольших пигментированных островков.

Болезнь не причиняет никаких ненормальных ощущений, но, развиваясь на открытых местах, представляет тяжелый для больных, особенно для женщин, косметический недостаток. Кроме изменения в пигментации, пораженная кожа представляет некоторые физиологические изменения. Так, на белых участках проф. Поспелов находил ослабление потоотделения, а мы находили и ослабление салоотделения, а также ослабленные, по сравнению с здоровой кожей, сосудодвигательные и мышечноволокосковые рефлексy, ослабление болевой и электрокожной чувствительности и понижение температуры на 1—2,5 Ц.¹

Наблюдается резкая перемена в «пигментной реакции» кожи. Так, по показаниям больных, под влиянием летних лучей солнца пигментированные участки делаются темнее, а белые не изменяются в цвете, не загорают. Поэтому больные чувствуют себя лучше зимою, когда, по крайней мере, пигментированные участки не резко выдаются. Нам пришлось заметить, что освещение лучами Рентгена (один раз, $\frac{3}{4}$ E. D.) не оказало влияния на белое пятно, а соседняя пигментированная кожа резко потемнела. При одновременном существовании *vitiligo* и *lichen guber planus* папулы последнего, по атрофии их, на здоровой коже оставляют пигментацию, а на пятнах *vitiligo* не оставляют никакой окраски.

Течение болезни. Раз начавшись, болезнь склонна к распространению и продолжается многие годы и даже в течение всей жизни больного. Но, тем не менее, несомненно, что в некоторых случаях наблюдается склонность и к самопроизвольному излечению.

Патолого-анатомические изменения касаются надкожицы и состоят в отсутствии пигмента на местах белых пятен и увеличении его по окружности их.

Причины болезни точно не выяснены. Но есть указания на то, что болезнь является результатом нервного расстройства. Один из моих больных, 22 лет, утверждает, что пятна стали появляться после сильного огорчения, причиненного телеграммой, извещавшей о смерти любимого брата. У другого больного, помощника исправника, страдание развилось также после тяжелого огорчения, вызванного отставкой от службы во время революции 1906 года. Третий больной, 41 года, купец из Баку, имел уже давно пятна на коже, но болезнь сильно стала разви-

¹ В. Н. Космадис. Цит. выше.

ваться после перенесенных ужасов армяно-татарской резни в 1905 году. Четвертая больная, 13 лет, получила пятна после испуга пожаром.

Нервной наследственностью можно объяснить встречающееся иногда семейное предрасположение к болезни.

В семье одной из моих больных, девицы 20 лет, имеющей vitiligo с 13-летнего возраста, тою же болезнью страдает тетка и дочь последней.

В дерматологической литературе отмечается развитие vitiligo после многих кожных болезней или одновременно с ними, каковы: экзема, псориазис, атрофия кожи. В виду того, что эти страдания представляют также первые кожные болезни, нервная теория развития vitiligo получает новое подтверждение.

Резко выраженная склонность болезни к симметрическому расположению как на туловище, так и на конечностях говорит в пользу той же мысли.

Далее, опыты Голя (Gaule) на животных, указывающие на изменения в пигментации кожи вслед за повреждением межпозвоночных узлов, представляют физиологическое оправдание нервной теории рассматриваемой болезни.

Кроме того, в литературе указываются случаи развития vitiligo после инфекционных болезней, каковы: корь, скарлатина и др. Но и здесь вполне допустимо предположение, что под влиянием инфекционного начала заболевает нервная система, что ведет к изменениям в коже.

Предполагают также зависимость vitiligo от изменения внутренней секреции, указывая на случаи совпадения с базедовой болезнью. Наконец, в некоторых случаях указывают на сифилитическое происхождение vitiligo.

Лечение болезни представляет задачу неблагоприятную. Существует даже совершенно пессимистический взгляд на лечение. Однако он едва ли справедлив. Несомненно, что пятна vitiligo могут проходить самопроизвольно, о чем заявляют многие больные.

Для лечения должны применяться средства, возбуждающие деятельность нервной системы и исправляющие пигментообразовательную деятельность покровного эпителия.

С этой целью показаны мышьяк и электротерапия. Берется фарадический ток средней силы. Один электрод ставят на позвоночник, а другим (катушкой) водят по пораженной коже. При распространенном поражении общая фарадизация занимает 20—30 минут.

Также показан массаж кожи (поглаживание, похлопывание и вибрация), улучшающий питание ткани и возбуждающий периферический нервный аппарат.

Далее, с теоретической точки зрения, показаны для белых пятен специальные средства, способствующие выработке пиг-

мента. Таким средством нужно считать лучи Рентгена, повторно применяемые по $\frac{1}{3}$ — $\frac{2}{3}$ Е. D. Приятное действие лучей должно быть строго ограничено только белыми пятнами, так как иначе окружающие их бурые участки примут еще более темный цвет.

Так же действуют солнечные лучи (загар), но влияние их трудно ограничить белыми пятнами. Впрочем, при известной заботливости это достигается тем, что пигментированные участки покрываются веществами, не пропускающими химических лучей, каковы желтые и красные ткани, а также пудры, пасты и мази желтого и красного цвета, с куркумой, красной глиной, ихтиолом и др.

Применяют также кварцевую лампу и горное солнце. Однако, мы говорили уже, что указанные средства в большинстве случаев остаются без эффекта — быть может, требуется особенная настойчивость в применении их.

Наконец, показаны средства отшелушивающие, способствующие более быстрому продвижению кверху и удалению ненормально окрашенных клеток надкожицы как пигментированных, так и лишенных пигмента, причем раздражающее действие сказанных средств, повышая вообще жизнедеятельность ткани, способствует более нормальной выработке пигмента. С означенной целью применяются ежедневно сильные мыльные размывания, а также пасты и мази с резорцином (10—40%).

В виду малой успешности описанного лечения при vitiligo применяется татуировка: смешивают сернокислый барий, киноварь и желтую охру с глицерином так, чтобы получался несколько более бледный цвет, чем цвет нормальной кожи, и нагревают до появления пузырьков. Стерилизованной швейной иглой делают уколы и стеклянным или фарфоровым шпательом втирают охлажденную смесь.

АТРОФИЯ КОЖИ.

(*Atrophia cutis.*)

Атрофическая кожа характеризуется тем, что она истончена, иногда до толщины папиросной бумаги. Поверхность ее слегка блестящая, иногда с небольшим шелушением. Естественные бороздки резко выражены. При сдвигании между двумя пальцами атрофированная кожа сильно морщит. Эластичность ее очень понижена, и сделанная складка долго не выправляется. Цвет ее то белый, вследствие атрофии пигмента, то светлобурый, светложелтоватый при увеличении пигмента; то красноватый, синеватый, вследствие просвечивания крови; нередко видны отдельные подкожные и кожные кровеносные сосуды, а при сильной атрофии ясно обрисовываются и сухожилия. Отверстия желез уменьшены в количестве или даже совсем отсутствуют. При проведении пальцем можно заметить, что при переходе со здоровой кожи на атрофированную получается ощущение понижения, вдавления, углубления кожи. Сосудодвигательных и мышечноволоосковых рефлексов не получается. Чувствительность болевая и электрокожная могут быть повышены. Потоотделение и салоотделение уменьшены или даже совершенно уничтожены; кожа сухая.

По происхождению отличают вторичную и первичную атрофию кожи.

Вторичная атрофия развивается при других болезнях кожи, представляя окончательную стадию их, причем, однако, нужно отличать две группы болезней: при одних атрофия является случайным исходом, в зависимости от внешних условий или от внутренних индивидуальных особенностей организма. Так, иногда сифилитические папулы, обыкновенно заживающие без всякого следа, оставляют после себя пятнистую атрофию кожи.

Другие болезни сами по себе наклонны давать в конечном результате атрофию кожи, что входит даже в их характеристику. Так, для *pityriasis rubra Hebrae* характерно истончение кожи вследствие атрофии ее, чем болезнь и отличается от очень сходной с ней *dermatitis exfoliativa universalis*. То же относится и к *sclerodermia*.

Первичная атрофия кожи развивается как самостоятельное страдание, а не как конечный исход какой-либо другой кожной болезни.

По внешнему виду отличают: *atrophia cutis maculosa, striata, diffusa*.

По клинической картине отличают нижеследующие виды.

Старческая атрофия.

(*Atrophia cutis senilis*.)

Старческая атрофия кожи развивается в возрасте около 50 лет, вместе с другими старческими изменениями, из которых главное — атрофия половых желез (у женщин прекращение месячных, атрофия матки, у мужчин уменьшение полового влечения). У женщин она развивается раньше, чем у мужчин. Впрочем, большую роль играет индивидуальность. Иногда мужчину в 60 лет, если судить по коже, можно бы назвать молодым человеком. В других случаях, наоборот, старческая атрофия развивается в более раннем возрасте, в 30, даже 20 лет. Наконец, бывают дети-старички, имеющие уже в раннем детском возрасте морщинистую старческую кожу (*atrophia cutis senilis praematura*).

Старческая атрофия кожи выражается истончением кожи и подкожной клетчатки, желтовато-буроватой пигментацией, легким шелушением, образованием морщин, представляющих углубленные естественные борозды и складки кожи, сухостью, вследствие ослабления пототделения и салоотделения, и уменьшением эластичности, выражающейся в том, что сделанная складка выправляется очень медленно. Кроме того, старческая кожа очень склонна к образованию бородавок (*verrucae seniles*) и рогов (*cornu cutanea*), которые иногда служат местом развития раковых опухолей. В старческой коже сосудодвигательные рефлексы ослаблены и часто совершенно отсутствуют, так что механическое раздражение не вызывает ни покраснения, ни побледнения. Старческая кожа, вообще, малокровна, вследствие вялости кровообращения. У стариков никогда не бывает румянца, но зато нередко наблюдается синеватый цвет кожи, особенно на лице и конечностях, что зависит как от местных изменений сосудов, так и от общего изменения кровообращения (от эмфиземы и слабости сердца). Мышечно-волосковый рефлекс также ослаблен или совершенно отсутствует вследствие ослабления нервно-мышечного аппарата кожи.

Вместе с атрофией кожи идет и атрофия волос. Волосы головы и лица уменьшаются в количестве (*alopecia senilis*) и седеют (*canities senilis*). *Atrophia cutis praematura* также сопровождается выпадением и поседением волос (*alopecia et canities praematura*).

Патолого-анатомические изменения состоят в истончении надкожицы, значительном отложении зерен желто-бурого цвета в Мальпигиевом слое, в склерозировании соединительной ткани и, в зави-

симости от этого, атрофии сосочков, коллоидном перерождении эластических волокон и гиалиновом перерождении сосудов.

Лечение, казалось бы с первого взгляда, должно быть признано безнадежным, как состояния физиологического, неизбежного по закону природы. Тем не менее, во многих случаях терапия может приносить некоторую пользу в смысле уменьшения и задержки развития указанных изменений, что особенно относится к случаям преждевременной старческой атрофии кожи в относительно молодых годах. Кстати сказать, в этих случаях кожные изменения дают указание на рано начавшееся общее старение организма, что должно вести к известным общим мероприятиям, противодействующим этому.

При лечении старческих изменений кожи нужно иметь в виду прежде всего общее состояние организма. Особенно сильно влияет на кожу душевное состояние. Поэты нередко описывают в картинных образах, как горе проводит морщины на лице и причиняет поседение волос.

Только тешилась мной
Злая ведьма — судьба;
Только силу мою
Сокрушила борьба;
Только зимней порой
Меня холод знобил;
Только волос селой
Мои кудри развил;
Да румянец лица
Печаль рано сожгла;
Да морщины на нем
Я дом слез провела.

(Кольцов. «Расчет с жизнью».)

Так же действуют все ослабляющие острые и хронические болезни, каковы: тиф, затяжной ревматизм и проч. При лечении нужно учитывать эти влияния и, насколько возможно, бороться с ними.

Укрепляющий образ жизни: свежий, чистый воздух, хорошее питание, умеренная физическая работа — имеют большое значение. Выезд из душных городов на курорты необходим для стариков.

Из внутренних средств показаны укрепляющие средства, особенно мышьяк, как улучшающий питание надкожицы.

Местное лечение должно состоять в средствах сосудорасширяющих, с целью оживить кровообращение, и возбуждающих. Таковыми служат: ванны 28—29°, но особенно углекислые ванны (в Кисловодске Нарзан), возбуждающие ослабленные сосудорасширители; души, массаж (пощипывание по Жаке и вибрация) и фарадизация, оживляющая деятельность мышц кожи.

В настоящее время лечение старческой атрофии кожи почти исключительно применяется с косметическою целью на открытых частях.

Но такой взгляд неправилен. Кожа играет очень большую роль в жизни всего организма, как орган с очень сложными и разнообразными отправлениями, включая, нужно думать, и выработку гормонов. Поэтому поддержание, насколько возможно, ослабевающей деятельности всей кожи важно для всего организма и, в частности, для ослабления общих старческих изменений.

Атрофические полосы. Полосы беременных.

(*Striae atrophicae. Atrophia striata. Striae gravidarum.*)

Атрофические полосы развиваются, почти как правило, при беременности, занимая живот, больше нижнюю часть, бедра и область грудных желез. Однако, эти изменения отнюдь не составляют исключительной принадлежности беременных женщин, так как бывают у женщин, не имевших беременности, и у девиц, да, кроме того, наблюдаются и у мужчин.

Атрофические полосы представляются синеватыми или белесоватыми, слегка блестящими полосами различной ширины: от узенькой линейной полоски до ширины мизинца, и различной длины: от нескольких миллиметров до 10 см и более. Они лежат то в уровень с окружающей кожей, то едва-едва ниже или выше ее. Но при проведении пальцем всегда можно заметить небольшое вдавление на месте полос.

Поверхность их морщинистая или гладкая, но в последнем случае, при сдвигании кожи между пальцами, тотчас делается резко морщинистой. Нередко на них заметны кожные и подкожные сосуды.

В случаях, не связанных с беременностью, наиболее излюбленным местом их являются наружные поверхности бедер в области больших вертелов. У мужчин обыкновенно первое появление замечается именно в этих областях. У женщин, независимо от беременности, и у девиц, кроме указанных мест, нередко начальные полосы развиваются в области грудных желез.

Следующим также излюбленным местом как у женщин, так и у мужчин является нижняя часть живота, откуда многие полосы переходят на переднюю поверхность бедер. На животе полосы достигают наибольшей ширины. Иногда группа полос, в виде лапы из пяти широких полос, на правой и левой стороне живота, спускается на внутренние поверхности бедер короткими изогнутыми концами.

Далее следуют ягодицы, которые иногда обильно покрываются тонкими полосками, косо идущими сверху вниз. Затем следуют наружные поверхности колен, также крестец и нижняя часть спины, где полосы располагаются в поперечном направлении. Иногда они бывают на верхних конечностях, именно на плечах, в подмышечных впадинах, реже

на предплечьях. Очень редко наблюдаются на шее и на лице. Я наблюдал атрофические полосы на носу и в надключичных областях.

Общее количество полос бывает различно. Иногда лишь внимательный осмотр открывает 1 — 2 полосы, напр., в области больших вертелов. В других случаях они довольно обильно покрывают бедра, ягодицы, живот. В редких случаях атрофические полосы густо покрывают всю кожу, туловище и конечности, причем вполне уместным является название больного «полосатый человек», «*homo striatus*».

Нередко вместе с атрофическими полосами наблюдаются и атрофические пятна, ниже описанные.

Страдание не причиняет никаких субъективных ощущений и обыкновенно больные не обращают внимания и даже не подозревают существования его, исключая случаи со значительным распространением, притом на местах, доступных осмотру для самого больного.

Течение болезни очень продолжительное, до смерти больного.

Патолого-анатомические изменения состоят в атрофии всех слоев кожи: подкожной клетчатки, собственно кожи и надкожицы. Из отдельных тканей наиболее атрофируется эластическая ткань. В полосах беременных находят мелкие кровоизлияния вследствие разрыва сосудов.

Причина болезни. Очень распространено мнение о механическом происхождении атрофических полос, вследствие растяжения кожи, как это бывает при беременности, а также при водянке и в случаях быстрого пополнения (*adipositas*). Но если и принять эту теорию для известного ряда случаев, то все-таки остается другой ряд случаев, где не может быть и речи о механическом растяжении кожи. Поэтому более правильно смотреть на это страдание, как на трофическое расстройство кожи, стоящее в связи с общими расстройствами организма, и в частности, зависящее от изменений в нервной системе и от слабой жизнедеятельности кожи. Правда, в ряде случаев атрофических полос не удастся отметить каких-либо особых изменений в организме. Но зато в некоторых случаях это сказывается ясно. Большой проф. Стуковенкова, гимназист, 20 лет, покрытый массой полос, так что по справедливости мог быть назван «*homo striatus*», страдал сахарным диабетом и полиневритом. Мне приходилось наблюдать атрофические полосы при *tabes dorsalis*, при *impotentia virilis*, также быстрое развитие массы полос на ягодицах и бедрах у 20-летней девушки после тяжелых переживаний, вследствие повторно совершенных *coitus per anum* и заражения мягким шанкром, и у другой девушки, 23 лет, очень нервной, с общей анестезией кожи и зева, страдающей мигренями и сифилофобией, развитие полос («дорожек») на боках груди, на грудных железах, бедрах, ягодицах и в подколенных впадинах, после попыток к изнасилованию во время гражданской войны. Наконец, нельзя не упомянуть,

что в ряде случаев в анамнезе встречаются тяжелые инфекционные заболевания: тиф, болотная лихорадка и др. Можно предполагать, что кожа от природы настолько слаба, что достаточно каких-либо, даже иной раз ничтожных, влияний (потолстение или даже большее напряжение кожи на вертелех, психическое влияние, ослабляющее действие инфекции), чтобы в коже на известных местах появились атрофические изменения.

Лечение вполне образовавшихся атрофических полос, по понятным причинам, безнадежное, но против распространения процесса могут приносить пользу средства, исправляющие обмен веществ (при *adipositas*) и особенно укрепляющие нервную систему (мышьяк и др.), а из местных — возбуждающие (массаж, электричество) и сосудорасширяющие (тепло в разных формах), водолечение и морские купанья.

Пятнистая атрофия кожи.

(*Atrophia cutis maculosa. Anetodermia erythematosa Jadassoni*.)

Пятнистая атрофия выражается образованием атрофических пятен, величиною с чечевицу или немного больше, белого или синеватого цвета, с блестящей поверхностью, делающихся морщинистыми при сдвигании кожи и лежащих в уровень с окружающей кожей, или немного ниже, или выше ее, но всегда слегка углубляющихся при давлении пальцем.

Количество пятен может быть различным: от нескольких пятен до многих десятков и сотен. Они не имеют особо излюбленных мест, но довольно охотно располагаются на коже спины. Иногда атрофические пятна существуют одновременно с атрофическими полосами.

В большинстве случаев больные поступают под наше наблюдение по другим причинам и уже с совершенно законченными атрофическими изменениями. Однако, в некоторых случаях все же можно проследить начальные изменения. Последние состоят в образовании красных пятен, папул, точечных телеангиэктазий, которые постепенно переходят в атрофические пятна, что я наблюдал у одной больной.¹ Впрочем, не лишено основания и предположение, что атрофия кожи может развиваться без всякого предшествующего воспалительного процесса.

Патолого-анатомические изменения в начальной стадии состоят в расширении сосудов, иногда с тромбами и мелкоклеточной инфильтрацией, а последующая стадия характеризуется истончением всех слоев кожи, атрофией эластических волокон и мышц кожи.

О причине болезни нужно сказать то же, что было сказано при описании атрофических полос. Вообще, здесь имеется дело с тро-

¹ Pierre Nicolski. Sur la pathogénie de l'atrophie cutanée. Comptes rendus. du XII Congrès international. Moscou. 1899.

фическими изменениями кожи и изменениями в нервной системе. На последнее указывает наблюдаемое иногда симметричное расположение пятен до известного уровня позвоночника.

Лечение общеукрепляющее и местное — массаж кожи.

Разлитая атрофия кожи.

(*Atrophia cutis diffusa. Atrophia cutis idiopathica progressiva.*)

В то время как в предыдущих формах атрофия кожи гнездная, то в виде небольших пятен, то полос, при *atrophia cutis diffusa* процесс охватывает более или менее большое пространство, напр., предплечье, голень и т. д. (рис. 54).



Рис. 54. *Atrophia cutis diffusa.*

Пораженная кожа истончена, морщиниста, буроватого или буровато-фиолетового цвета, лоснится, слегка шелушится, легко оттягивается в складку, которая выправляется медленно. Через истонченную кожу просвечивают кровеносные сосуды.

Мышечно-волосковые рефлексы на такой коже не вызываются. Сосудо-

двигательные также не вызываются, или наблюдается белый дермографизм (как в нашем случае). Салоотделение и потоотделение уменьшено. Температура атрофированной кожи понижена на 1 — 3° Ц по сравнению с окружающей здоровой кожей.¹ Болезнь постепенно, хотя и медленно, распространяется дальше.

Излюбленными местами являются кисти рук, предплечья, стопы и голени.

Атрофия кожи развивается или без всякого предшествующего изменения кожи (чистая атрофия), или ей предшествуют багрово-красные пятна (эритематозная форма), или тестоватая инфильтрация (инфильтрационная форма).

Иногда разлитая атрофия кожи сопровождается склеродермией.

Патолого-анатомические изменения. В начальной стадии обнаруживается мелкоклеточная инфильтрация, а в развитой форме атрофии истончение кожи и особенно атрофия эластических волокон.

¹ В. Н. Космадис. Цит. выше.

Причина болезни. Вообще можно считать болезнь трофоне-вротическим процессом.

Лечение укрепляющее внутреннее (мышьяк и пр.) и возбуждающее и сосудорасширяющее наружное (массаж, электричество, тепло).

Poikiloderma atrophicans vascularis.

Это редкое страдание, описанное в 1906 г. Якоби (Jacobi), характеризуется пигментными пятнами, мельчайшими расширениями сосудов и атрофированными беловатыми пятнами и петлями. Излюбленное место его — лицо и шея, реже бывает на туловище и верхних конечностях. Страдание сопровождается зудом, наблюдается у взрослых, развивается в течение годов.

Патологическая анатомия. Вначале процесс воспалительный, с инфильтрацией из лимфоцитов около сосудов. Позднее — атрофия эластической и соединительной ткани.

Лечение как и предыдущих форм атрофии.

Лоснящаяся кожа.

(Glossy skin.)

Названное страдание впервые описано было у больного, у которого был перерезан лучевой нерв.

Пораженная кожа представляется натянутой, напряженной, гладкой, блестящей. Нормальный рисунок треугольных и ромбических полей и сосочковых бороздок исчезает. Цвет кожи красный или бледный. Вначале кожа слегка утолщена, затем истончается, атрофируется. На ней иногда образуются пузыри, ссадины, трещины. Когда процесс локализуется на пальцах, то ногти делаются сухими, ломкими, с неровною обезображенной поверхностью, иногда выпадают.

Причиной болезни служат заболевания нервной системы.

Лечение кожного страдания должно состоять в лечении основного нервного страдания.

Местно полезны возбуждающие кожу: массаж, электричество.

Xeroderma pigmentosum (Karosi). Melanosis lenticularis progressiva (Pick).

Страдание поражает преимущественно кожу лица, шеи и тыла кистей, иногда распространяется на грудь и даже на всю поверхность кожи. Пораженная кожа суха, покрыта пигментными пятнами, подобными веснушкам, и чередующимися с ними депигментированными, белыми, атрофическими участками и расширенными сосудами (телеангиэктазиями). По местам встречаются бородавчатые разращения,

из которых образуется рак кожи. Атрофированная кожа плотно натянута на подлежащих частях, лоснится. Вследствие стягивания кожи веки выворачиваются, отверстия рта и носа уменьшаются, а по краям их образуются трещины. Раковые опухоли, распадаясь, дают язвы. Все это причиняет большое обезображивание.

Течение болезни. Болезнь начинается в раннем детстве и редко у взрослых. Развившись, она остается на всю жизнь. Часто образуются раковые опухоли, саркома, меланома. Опухоли распадаются и дают метастазы, приводящие к смерти.

Причина болезни. Страдание наследственное. Нередко наблюдается у нескольких членов семьи, преимущественно у женщин.

Патологоанатомические изменения состоят в явлениях хронического воспаления с исходом в атрофию, в усиленном отложении пигмента, новообразовании сосудов, разбухании и распаде эластических и соединительнотканых волокон и в атипическом разрастании эпителия в форме раковых опухолей.

Лечение может рассчитывать лишь на некоторое улучшение при помощи возбуждающих средств: мышьяка внутрь, массажа, электризации. Опухоли удаляются ножом или лечатся лучами Рентгена, если нет переноса на лимфатические железы.

Атрофирующий хронический дерматит конечностей.

(Acrodermatitis chronica atrophicans.)

Страдание довольно редкое, выражается краснотой и инфильтрацией, переходящей в атрофию. Кожа истончается и походит на смятую бумажку. Через кожу просвечивают сосуды и сухожилия. Чаще поражается тыл кистей и стоп. Процесс может распространяться кверху: на предплечья и голени. На пораженных местах волосы выпадают. Больные жалуются на ощущение холода.

Патологоанатомические изменения состоят в атрофии Мальпигиева и сосочкового слоя, в уплотнении собственно кожи, около-сосудистой инфильтрации, в расширении сосудов и утолщении их стенок и в распаде эластических волокон.

Распознавание. Страдание походит на склеродермию в атрофической стадии и на эритромелалгию. Но при склеродермии стадии атрофии предшествует уплотнение, а эритромелалгия не дает атрофии и отличается сильной болезненностью.

Причина точно не известна. Болезнь ставят в связь с заболеванием эндокринных желез.

Лечение. Показаны средства, противодействующие атрофии: тепло, массаж, электризация, опотерapia.

ГИПЕРТРОФИЯ КОЖИ.

Слоновость.

(Elephantiasis arabum.)

В противоположность атрофии слоновость представляет гипертрофию кожи и подкожной клетчатки. Чаще всего страдание поражает голени и стопы, реже половые органы и лицо и еще реже верхние конечности.

Общее свойство пораженной части — значительное увеличение члена в объеме, в 2—3 и более раз против нормы. Кожа немного отечна (остается небольшая ямка при давлении), но в то же время плотна, не берется в складку, сращена с подлежащими частями.

При слоновости голени последняя представляется утолщенной в несколько раз против нормы и тяжелой. Форма ее из конусообразной, с расширением в верхней половине и сужением в нижней, делается цилиндрической.

Взаимоотношения со стопой резко изменяются: сильно утолщенная голень нависает над стопой, если последняя не принимает участия в процессе, причем на границе голени и стопы образуется глубокая борозда, в которой происходит мацерация эпидермиса, образуя опрелости, ссадины, трещины, язвы.

Если же и стопа принимает участие в процессе, что бывает чаще, то утолщенная голень сливается со стопой в одну безобразную массу, напоминающую ногу слона, откуда и название болезни.

Поверхность пораженной голени и стопы может быть гладкой (*elephantiasis glabra*) или бугристой (*elephantiasis tuberosa*), или сосочковидной (*elephantiasis verrucosa, papillomatosa*), или покрыта ссадинами и язвами (*elephantiasis erosiva, ulcerosa*).

Нередко в том или другом месте пораженной конечности замечается мокнутие, вследствие образования и разрыва маленьких пузырьков с прозрачной жидкостью, представляющих расширенные лимфатические сосуды. Вследствие той же причины, т. е. расширения лимфатических сосудов и межтканевых пространств, все вообще ссадины выделяют обильное количество жидкости.

Разрастание ткани может касаться и костей, которые утолщаются и удлиняются.

Мышцы спаиваются в одну массу с кожей и подкожной клетчаткой, что нарушает отправление члена.

При слоновости половых органов у мужчин утолщается во много раз кожа члена и, особенно, крайней плоти и мошонки. Последняя иногда разрастается до огромных размеров, низко свешиваясь в виде большой круглой опухоли, в которой едва можно найти канал, содержащий детородный член. Кожа опухоли местами неровная, шероховатая, покрыта бородавчатовидными разрастаниями и, вследствие раздражения мочой, представляет экзематозные изменения.

На женских половых органах больше всего утолщаются большие губы; поверхность их также делается неровной, бородавчатовидной. Нередко замечаются пузырьки — расширенные лимфатические сосуды.

При слоновости лица утолщаются ушные раковины, особенно губы, кожа носа и щек. Пораженная кожа гладкая, утолщенная, напруганная.

Слоновость верхних конечностей встречается редко. Поражаются кисти и предплечья, обыкновенно на одной стороне. Объем их увеличивается в 2 — 3 раза; кожа представляется натянутой, консистенция ее эластической.

Все описанное относится к ясно выраженному и развитому состоянию болезни, которое, однако, формируется постепенно в течение продолжительного времени.

Началом болезни является воспалительный, рожистоподобный процесс, выражающийся более или менее значительной краснотой, припуханием, болезненностью, нередко воспалением лимфатических стволов, обозначающихся красными полосами, припуханием лимфатических желез и общим повышением температуры до 39° — $39,5^{\circ}$, сопровождающимся ознобом. На процесс вообще можно смотреть как на лимфангоит, касающийся крупных и мелких лимфатических сосудов.

Болезнь развивается внезапно, после ушиба, после сильного охлаждения или без всякого видимого повода и продолжается несколько дней. Однако, характерным является то обстоятельство, что, после того как явления воспаления проходят, на пораженной коже все же остается небольшое припухание и отечность.

Вторым характерным явлением служит большая склонность болезни к возвратам, и притом в такое время, когда припухание ткани от предыдущего приступа еще не прошло.

После каждого приступа припухание делается большим и большим, и, таким образом, получается вышеописанная типическая картина слоновости.

Кроме только-что изложенного самостоятельного развития слоновости, без других предшествующих заболеваний кожи (*elephantiasis idiopathica*), нередко болезнь развивается на местах, пораженных другими страданиями.

Из последних наичаще наблюдается повторная рожа (*erysipelas recidivans*), особенно на лице. Первые приступы ее являются совершенно типическими, сопровождаясь краснотой, припуханием, болезненностью, резким ограничиванием красноты от соседней здоровой кожи, ползучестью (ежедневное расширение красноты) и общим повышением температуры тела. Но в дальнейшем приступы рожи утрачивают многие характерные черты. Так, не заметно уже резкой границы поражения, также болезненности кожи и повышения температуры тела. Но в то же время после каждого приступа остается все большее и большее утолщение кожи.

Очень возможно, что рожа и вышеописанный лимфангоит представляют один и тот же стрептококковый процесс.

Хроническая экзема, очень продолжительные хронические язвы — сифилитические, волчаночные, варикозные и др., особенно на голенях, также дают повод к образованию слоновости (*elephantiasis post eczema, post ulcera syphilitica, luposa, varicosa*).

При этом на пораженных сказанными болезнями участках, в окружности их, повторно развиваются явления лимфангоита, постепенно ведущие к большему и большему утолщению кожи.

Наклонность к развитию повторных лимфангоитов не прекращается и после окончательного формирования болезни. Весьма часто пораженная слоновостью кожа, без каких-либо особых видимых причин, краснеет, делается болезненной, лимфатические железы припухают.

Течение слоновости крайне продолжительное. Самостоятельного излечения не бывает, разве в легких случаях, при поражении лица, когда приступы рожи и лимфангоита совершенно прекращаются.

Слоновость нарушает функцию пораженного члена (препятствует ходьбе половой деятельности и пр.) и представляет опасность вследствие возможных осложнений (гангрены, язвы, вторичные инфекции).

Патологоанатомические изменения. Главное изменение — значительное разрастание плотной соединительной ткани, которая заглушает мышцы и жировую ткань, плотно спаивает подкожную клетчатку с апоневрозом и далее пронизывает мышцы, доходя до надкостницы. Стенки кровеносных и лимфатических сосудов утолщены, и в них наблюдается *endo- и perivascularitis*. В окружающей сосудах ткани мелкоклеточная инфильтрация из различных видов клеток: лейкоцитов, плазматических клеток и др. Кроме того в лимфатических сосудах заметны расширения, часто резко выраженные (*ele-*

phantiasis lymphangiectodes). Иногда в кровеносных сосудах также заметны расширения (elephantiasis teleangiectodes). Межтканевые промежутки расширены и наполнены лимфой. Эластические волокна атрофируются. Железы сдавлены и атрофированы. Надкожица в одних местах истончена, в других неравномерно утолщена, с бородавковидными наслоениями. В последнем случае сосочки также удлинены.

Причины болезни. Клинические наблюдения и патолого-анатомические исследования указывают на то, что дело начинается с застоя крови и лимфы, что ведет к усиленному питанию и размножению соединительной ткани. Причиной застоя служат лимфангоиты и флебиты, вызываемые стрептококками и другими бактериями. В тропических странах иногда наблюдается и другая причина — закупорка лимфатических сосудов глистой *filaria sanguinis*. Нужно указать еще, что наблюдается врожденная слоновость, развивающаяся в утробной жизни.

Распознавание болезни не представляет особых затруднений. Можно смешать слоновость с отёком, с одной стороны, потому что и отёк (от разных причин) дает значительную опухоль, а с другой стороны, потому, что слоновость, имеющая в своей основе застой крови и лимфы, также сопровождается явлениями отёка (ямка при давлении, уменьшение опухоли при возвышенном положении конечности). Но при слоновости кожа, хотя и имеет поверхностный отёк, плотна, как дерево, чего, конечно, не бывает при настоящих отёках.

Лечение болезни. Главная задача при слоновости — бороться против застоя крови и лимфы в пораженных частях. Эта общая задача распадается на две частные: 1) предупреждение, поскольку это возможно, новых приступов лимфангоитов, а при наступлении их — правильное соответствующее лечение с целью сократить их течение и уменьшить неблагоприятные последствия их; 2) в промежутках между воспалительными приступами — способствование разрешению инфильтратов в стенках лимфатических и кровеносных сосудов и в лимфатических железах, что должно сказаться улучшением крово- и лимфообращения, и принятия других разнообразных мер, способствующих ускорению тока крови и лимфы.

Предупреждение повторных приступов лимфангоитов и рожи представляет задачу очень трудную, но все же иногда выполнимую. Так, при повторной роже лица нередко воротами для заражения служит слизистая оболочка носа, имеющая трещины и ссадины. В этих случаях излечение последней прекращает приступы рожи. Для этой цели вполне пригодна ung. diachylon, густо намазываемая на тампоны, которые вводятся в отверстия носа. Также и на других местах нужно относиться с большим вниманием к малейшим ссадинкам кожи, сма-

зывая их ляписом и прикладывая ung. diachylon или ung. hydrargyri praecipitati flavi (1%). Само собой разумеется, что подобным образом нужно относиться и к хроническим сифилитическим, волчаночным и варикозным язвам, применяя дезинфицирующие средства.

Лечение приступа лимфангоита и рожи требует полного покоя члена, возвышенного положения, при острых явлениях охлаждающих свищовых примочек, употребления дезинфицирующих мазей: ung. cinerei (втирание, если позволяет состояние надкожицы), мази с ихтиолом (10%) и др. Из внутренних средств здесь показан хинин.

Вне названных приступов, для разрешения инфильтратов и для ускорения тока крови и лимфы, применяют различные средства.

Из внутренних горячо рекомендован проф. А. И. Пospelовым calomel, в виде подкожных впрыскиваний. Причина благоприятного влияния каломеля точно не выяснена. Только в тех случаях, где инфильтрация сосудов обусловлена сифилисом, значение его, как и всякого другого препарата ртути, совершенно понятно. Вполне допустимо, что в ряде случаев причиной болезни является сифилитический инфильтрат лимфатических сосудов, крупных и мелких, и тогда ртутные препараты могут оказывать блестящее действие.

Из наружных средств применяются средства разрешающие: тепло, массаж, электричество, давление. Тепло применяется в форме местных теплых водяных ванн 30°—33° R, продолжительностью в 1/2—1 час, также в виде горячевоздушных, электросветовых и паровых ванн, равным образом и грязевых ванн.

При лечении всеми указанными ваннами нужно стремиться к наибольшему и наиболее продолжительному нагреванию, однако, всегда имея в виду выносливость кожи. При малейшем раздражении (краснота, зуд, пузырьки, повышенная чувствительность) дается отдых.

Массаж, в форме поглаживания и разминания, также требует настойчивого применения, но в то же время необходимо следить, чтобы не было раздражения кожи. Само собой разумеется, что массаж неприменим, когда имеются ссадины, язвы, пузырьки, лимфорея. В этих случаях можно делать массаж (поглаживание) вышележащей здоровой кожи, что может оказывать некоторое влияние на кровообращение и ток лимфы в больной коже.

Электричество, в форме гальванического тока (катод на пораженную часть), оказывает влияние на всасывание инфильтрата в стенках сосудов (известно благоприятное влияние гальванизации при закупорке артерий) и вообще повышает тонус нервно-сосудистой системы.

К указанным способам лечения всегда присоединяется бинтование, выжимающее избыток лимфы и способствующее току венозной крови и лимфы. Наилучший бинт для данного страдания эластический.

Но если имеется обильное мокнутие, то приходится вместо эластического непроницаемого бинта брать фланелевый «ideal» или даже полотняный.

Настойчивое и продолжительное применение указанных методов большею частью дает благоприятные результаты. Но в некоторых случаях сильно развитой болезни, особенно половых органов, а также при осложнениях язвами и гангреней приходится прибегать к ампутации.

СТРАДАНИЯ КОЖИ, ЗАВИСЯЩИЕ ОТ НЕНОРМАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛЕЗ ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ.

Железы внутренней секреции оказывают большое влияние на кожу. При нарушении их деятельности получаются различные заболевания кожи. Повидимому, такие заболевания как *eczema*, *erythema exsudativum*, *alopescia* и др. должны считать в числе своих причин и расстройство деятельности указанных органов. Эта группа болезней находится еще в стадии обработки. Но есть специфические страдания кожи, которые вызываются только нарушенной функцией эндокринных желез. Таковы: аддисонова болезнь и слизистый отёк. Сюда же относят, хотя пока без точных данных, дистрофию подкожной жировой клетчатки и болезненное ожирение. Об аддисоновой болезни мы уже говорили в главе о неправильностях в образовании пигмента.

Слизистый отёк.

(*Mucoedema.*)

Болезнь выражается отёком кожи, но отёком своеобразным, при котором от давления не получается ямки, что объясняется тем, что отёк зависит не от скопления жидкости, а от отложения слизистого вещества. Отёк распространяется на всю поверхность кожи, но особенно характерный вид он придает лицу, которое представляется значительно увеличенным, раздутым и, по выражению первого описавшего болезнь Гулля, походит на полную луну. Веки отёчные; нос расширенный; губы толстые; черты лица изменены; лицо выражает тупоумие. Конечности утолщаются, теряют свою обычную форму и напоминают конечности слона. Отёку подвергаются и слизистые щек, десен, языка; движения последнего затрудняются, и речь делается замедленной, приобретая носовой оттенок. При отёке гортани получается безгласие и затрудненное дыхание.

Вместе с отёком в коже происходят и другие изменения: кожа делается просвечивающей, восковидной и притом сухой и шероховатой; потоотделение и салоотделение прекращаются; волосы теряют блеск и частью выпадают.

Болезнь не ограничивается кожей, а захватывает весь организм. Общая температура тела понижается на $2-3^{\circ}\text{C}$, аппетит падает, пищеварение замедляется. Но особенно бросается в глаза изменение психики: больные делаются апатичными ко всему окружающему; мыслительная способность уменьшается; речь делается вялой и замедленной. Дети, пораженные микседемой, отстают в развитии, а при врожденном страдании делаются кретинами.

С развитием болезни появляется упадок сил, кахексия или присоединяется та или другая болезнь, приводящая к смерти.

Патологическая анатомия. В коже идет пролиферация соединительной ткани и инфильтрация ее муциноподобным веществом.

Причиной болезни служит атрофия щитовидной железы, на что указывает: 1) то обстоятельство, что микседема развивается после оперативного удаления щитовидной железы; 2) искусственное введение в организм щитовидной железы излечивает болезнь, и 3) действительно, в случаях микседемы констатируется атрофия щитовидной железы.

Лечение болезни состоит в употреблении щитовидной железы или экстракта из нее — тиреоидина.

Rp. Thyreoidini Poehl in tabletis 0,4—0,5 D. S. два-три раза в день.

Нужно иметь в виду, что тиреоидин ускоряет деятельность сердца и усиливает обмен веществ, что ведет к падению веса тела. Поэтому необходимо следить за пульсом: при ускорении пульса лечение на время прекращается. Под влиянием тиреоидина слизистый отёк проходит, но по прекращении лечения часто снова возвращается. Это обстоятельство заставляет обращаться к раздражению щитовидной железы (массажем, электрическим током) и к пересадке железы от животных, что дает большой успех.

Дистрофия подкожной жировой клетчатки.

(Lipoiddystrophia cutis.)

Названное страдание, описанное Сименсом (Simens) в 1911 году, характеризуется симметричным уничтожением подкожной жировой клетчатки кожи лица, шеи, верхних конечностей и туловища, при обильном развитии таковой в области ягодиц и верхне-наружных частей бедер. Страдание наблюдается преимущественно у женщин в периоде полового созревания. Оно развивается медленно, не сопровождается никакими субъективными ощущениями. Подкожная жировая клетчатка исчезает обыкновенно без остатка. Собственно кожа не затрагивается. Участки, лишенные жировой ткани, теплее здоровых участков. С них теряется много тепла и потому больные отличаются зябкостью.

С дальнейшими наблюдениями в описании болезни сделаны некоторые изменения. Так, выяснилось, что болезнь может быть и у муж-

чин, также у детей 7-летнего возраста и более; что она может быть односторонней, и что ожирение ягодиц и бедер необязательно.

Причину болезни хотят видеть в нарушении внутренней секреции, хотя точных фактов еще не имеется.

Для лечения, в виду атрофических изменений, применяют средства, укрепляющие организм и в частности кожу. Сюда относится мышьяк в восходящих дозах и электричество, также вытяжки из органов с внутренней секрецией (тиреоидин, гипофизин).

Болезненное ожирение.

(*Adipositas dolorosa*. Болезнь Деркума.)

Это страдание характеризуется значительным отложением жировой ткани в подкожной клетчатке, разлитым или гнездным, преимущественно на конечностях, оставляя, однако, свободными кисти и стопы.

Все отложения жира крайне болезненны самостоятельно и при давлении, что объясняется существующим невритом. Иногда присоединяются изменения вазомоторные и трофические.

Причину видят в нарушении внутренней секреции.

Для лечения показан массаж и вытяжки из органов с внутренней секрецией (тиреоидин, гипофизин).

БОЛЕЗНИ КОЖИ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ ВРЕДНЫМИ ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ, ВВОДИМЫМИ В ОРГАНИЗМ.

(Toxicodermiae.)

Токсическими веществами, вводимыми в организм, объясняются многие случаи экссудативной многоформенной эритемы (в том числе лекарственные эритемы) и многие случаи крапивницы. Но типическими токсическими страданиями нужно считать эрготизм и пеллагру.

Отравление спорыньею.

(Ergotismus. Злая корча.)

Спорынья, *secale cornutum*, мицелий грибка *claviceps purpurea*, содержащая сфацелиновую кислоту и корнугин, будучи примешана к хлебному зерну, вызывает изменения в пищеварительном аппарате и нервной системе: рвоту и понос, судороги, головную боль и головокружение, к которым присоединяются кожные изменения. Последние состоят в синюшной окраске преимущественно кистей и стоп, в образовании на них пузырей и некротических гнёзд (*ergotismus gangraenosus*). Последние могут занимать целые пальцы и даже целые конечности, которые отторгаются. В легких случаях гангрена занимает лишь кожу с подкожной клетчаткой. После известного продолжительного периода времени образуется демаркационная линия, и некротизированные части отторгаются. Болезнь может вести к душевным расстройствам, кахексии и маразму; может обуславливать лимфангоиты и септицемию и оканчиваться летально.

Причиной болезни служат действующие вещества спорыньи, вызывающие спазм сосудов, с гиалиновым перерождением стенок их, приводящий к гангрене.

Для лечения необходимо прекращение употребления спорыньи и средства, расширяющие сосуды: тепло в различных формах и сильный фарадический ток; дезинфицирующие: йодоформ, ксероформ и в известных случаях оперативное удаление пораженной конечности.

Пеллагра.

(Pellagra.)

Пеллагра обуславливается употреблением в пищу испорченного манса или кукурузы. Наблюдается у нас в Херсонской губ. и Бессарабии.

Болезнь начинается кишечными и нервными расстройствами: отвращением к пище, поносами или запорами, болями головы и спины, кожным зудом и ощущением холода в нижних конечностях, мышечною слабостью. Вскоре присоединяется эритема открытых частей кожи: кистей, стоп, шеи, груди, иногда лица. Через несколько недель краснота уменьшается, но развивается крупнопластинчатое шелушение, после которого на долгое время остается пигментация, сухость и шероховатость кожи, иногда образуются пузыри. Каждую весну явления возобновляются. Особенно усиливаются нервные явления: зуд кожи, головокружение, боли спины, апатия, переходящая в меланхолию, судороги, эпилептиформные припадки. В пораженной коже усиливается инфильтрация, переходящая затем в атрофию с потерей эластичности. Вследствие кишечных расстройств происходит исхудание, кахексия и маразм. Больной умирает при явлениях слабости сердца или вследствие какой-либо интеркурирующей болезни.

При патологоанатомическом исследовании находят атрофию жировой клетчатки и мышц, воспаление оболочек головного и спинного мозга, системные заболевания спинномозговых путей, язвы кишек.

При лечении главное внимание должно быть обращено на доброкачественность хлеба. Лечебные средства должны быть направлены против кишечных и нервных расстройств и на укрепление организма (рекомендуют мышьяк в восходящих дозах). С поправлением общего состояния здоровья исчезают и кожные изменения.

ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ КОЖИ.

Врожденные аномалии кожи являются пороками эмбрионального развития организма. Они свидетельствуют о ненормальной жизни составляющих организм элементов и считаются признаками вырождения. К ним относятся следующие изменения кожи:

I. Родимые пятна (naevi). Они бывают разной величины, от точки до ширины ладони и более. По качеству изменений отличают следующие виды:

Naevus pigmentosus. См. о нем выше в главе об увеличенном образовании пигмента.

Naevus tuberosus представляет не только пятно, но и опухоль в виде узелка или бугорка различной величины. Он составлен из скопления особых «невусных» клеток или из фиброзной ткани, богатой молодыми соединительнотканными клетками. Отличают *naevus verrucosus*, напоминающий бородавку, величиной от конопляного зерна до миндаля, плосковозвышенный, желтоватого или коричневого цвета. Состоит из «невусных» клеток: округлых или многоугольных, с большим ядром, с обильной протоплазмой, по виду эпителиоидных, изолированных или собранных в гнезда. Эти клетки, по исследованиям Унны и Годара, происходят из Мальпигиева слоя покровного эпителия путем разрастания и отщипурывания межсосочковых продолжений эпителия. Весьма часто они содержат пигмент. Эти клетки попадают кучами и в Мальпигиевом слое. *Naevus verrucosus* иногда переходит в раковую опухоль. *Naevus verrucosus pilosus* — с волосами. *Naevus mollusciformis* — мягкие образования, покрытые истонченным и складчатым эпидермисом, слегка возвышающиеся, часто висящие на ножке (*molluscum pendulum*). *Naevus verrucosus corneus* — с значительным разрастанием рогового слоя.

Родимые пятна большею частью бывают разбросанными по коже, но в некоторых случаях они появляются систематизированными — расположенными по известным областям, линиям Фогта, дерматомам. Таковы так называемый *naevus linearis*, вытянутый по известной линии, напр., вдоль задней поверхности бедра и голени, *naevus unilateralis*, расположенный лишь в одной половине тела.

Лечение описанных образований состоит в электролизе, гальванокаустике и в вырезывании ножом.

Naevus vasculosus — красные пятна, часто возвышающиеся (см. далее главу об опухолях: *angioma*).

II. Мягкая фиброма кожи. Болезнь Реклингаузена (*Molluscum fibrosum. Neurofibromatosis*. Рис. 55, 56). Страдание выражается опухолями, пигментными пятнами и психическими ненормальностями.

Опухоли обыкновенно множественные, иногда считаются сотнями и даже тысячами. Величина их от горошины до крупного яйца. Цвет телесный или синеватый. Наощупь мягкие или упругие. Основание широкое или в виде тонкой ножки (*molluscum pendulum*). Они обыкновенно не вызывают никаких субъективных ощущений, лишь редко бывают болезненными, иногда впрочем до такой степени, что требуют удаления. Опухоли не имеют излюбленных мест; не склонны к перерождениям. Иногда бывает сплошное фиброзное уплотнение члена (рис. 56). Иногда опухоли располагаются по ходу нервов.

Пигментные пятна располагаются на лице, туловище, конечностях; величина их с чечевицу и более, но могут занимать диффузно большие области. Одновременно с пигментными пятнами могут быть пятна белые, беспигментные, как я наблюдал в одном случае.

Психические ненормальности могут сказываться слабостью памяти, малою сообразительностью, замедленностью речи, заиканием и т. п. В одном из моих случаев сын торговца, 23 лет, с детства отличался физической слабостью, а в области душевной жизни — безразличием, флегматичностью. Во взрослом состоянии ничего не делает; не помогает даже матери-вдове в торговле. По словам матери, он не желает работать, он — вялый и слабый.



Рис. 55. Neurofibromatosis.

Кроме указанных основных признаков, наблюдаются различные дегенеративные изменения: *cutis laxa*, *naevus anaemicus*, *adenoma sebaceum*, *coloboma* сетчатки, *acromegalia*, *dystrophia adiposo-genitalis*, изменение функций различных эндокринных желез.

Болезнь врожденная и обыкновенно обнаруживается в детстве, но иногда и в зрелом возрасте.

Течение — до конца жизни.

Патологоанатомические изменения. Опухоли состоят из



Рис. 56. Neurofibromatosis.

фиброзной ткани. Реклинггаузен нашел в них разрастание соединительнотканной оболочки нервов, почему и назвал болезнь *neurofibroma*. Однако, в ряде случаев этого не наблюдается. В пигментных пятнах обнаруживается увеличенное количество пигмента. В отдельных случаях находят нервы сильно утолщенными (в случае Тихова *n. vagus* имел толщину мизинца, *n. ischiadicus* — толщину почти двух пальцев).

Причины болезни.

Указанные изменения в нервах, невропатическая наследственность, психические ненормальности связывают это страдание с нервной системой.

Естественно думать, что

причиной служит порочное развитие у зародыша эктодермы, из которой образуется эпителий кожи и эндокринных желез и нервная система (пигментные пятна и душевные дефекты) и мезодермы, из которой образуется соединительная ткань (соединительнотканые опухоли).

Лечение состоит в вырезывании опухолей, если они представляют те или другие неудобства.

III. *Hyperplasia membranae interdigitalis*. В межпальцевых промежутках кожа, имеющая длину до сантиметра, может удлиняться до двух и более сантиметров, приобретая вид плавательных перепонок животных.

IV. Вялая кожа (*Cutis laxa. Dermatolysis*. ¹ *Chaloderma* ²). Вялая кожа отвисает в виде складки, напоминая отвислые грудные железы истощенных женщин. Складки могут быть различной величины. Иногда на груди и спине они образуют род пелерины, на ягодицах — род кучерского армяка.

В случае, наблюдавшемся мною и д-ром Кожевниковым, у больной 30 лет, с резко выраженными явлениями инфантилизма и фиброматоза, длинная складка кожи спускалась со лба, закрывала все лицо и свешивалась до середины груди ³ (рис. 57).

Причиной этого является уменьшение и ослабление функций тканей, особенно эластической ткани. Иногда эта аномалия сопровождается растяжимостью связок, обуславливающей вывих в различных суставах.

V. Кожа с повышенной эластичностью (*Cutis hyperaestica*). Страдание,

противоположное предыдущему состоянию кожи; здесь эластическая ткань сильно действует. Кожа очень растяжима, напр., можно оттянуть складку с кожи груди до лица, но по прекращении растяжения кожа быстро возвращается в прежнее состояние. Кожа походит на каучковую ткань (каучковые люди в цирках и на ярмарках).



Рис. 57. *Cutis laxa*.

¹ *derma* — кожа и *lysis* — ослаблять.

² *chalasia* — ослабляю.

³ П. В. Кожевников. Случай *cutis laxa*. Венерология и дерматология 1926, № 1.

В наблюдавшемся в нашей клинике случае ¹ у женщины 23 лет, со значительным ожирением, с атрофичной маткой, со скудными и неправильными месячными, собственно кожа оттягивалась от подкожной клетчатки в складку 9 см длины; по прекращении растяжения складка моментально расправлялась. При порезе кожи края раны сильно расходились. У больной была и другая аномалия: всякое ничтожное давление производило кровоподтек. В собственно коже эластические волокна были увеличены в количестве сравнительно с уменьшенными соединительнотканными волокнами.



Рис. 58. *Cutis verticis gyrata*.

VI. Складчатая кожа головы (Cutis verticis gyrata). Это изменение кожи состоит в образовании толстых складок, в палец и более толщины, между которыми образуются такой же величины углубления волосистой части головы, обыкновенно на затылке и на шее сзади.

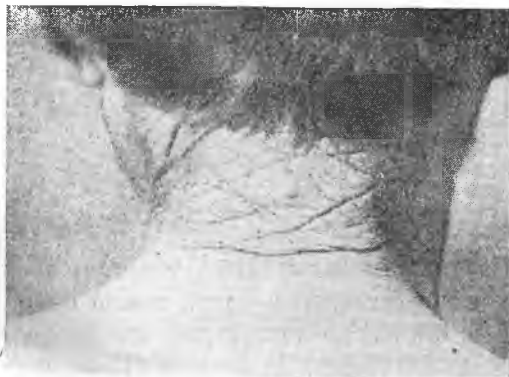


Рис. 59. *Cutis romboidea hypertrophica cervicis*.

В нашей клинике наблюдались два случая *cutis verticis gyratae*, начавшихся в раннем детстве и сопровождавшихся рядом других дегенеративных изменений, каковы: гипертрихоз, ненормальное направление волос на затылке и шее, приращенные мочки, неправильное строение черепа и др.;

в одном случае наследственное изменение ² (рис. 58).

¹ Н. Б. Добротворская. *Cutis hyperelastica*. «Известия Донского гос. универс.», 1924, IV.

² Е. Д. Данилевская. *Cutis verticis gyrata*. «Мед. мысль», 1924, № 2.

VII. *Ромбовидная гипертрофическая кожа шеи (Cutis romboidea hypertrophica cervicis)*, (рис. 59, 60, 61.) Широкий ромбический рисунок кожи на задней поверхности шеи с глубокими уплотненными бороздками. Наблюдается большею частью в пожилом возрасте, но встречается и у молодых. Бывает наследственная.

Гистологические изменения состоят в гипертрофии с дегенеративными изменениями эластической ткани сосочкового и подсосочкового слоев, в гиалиновом перерождении соединительной ткани в нижележа-

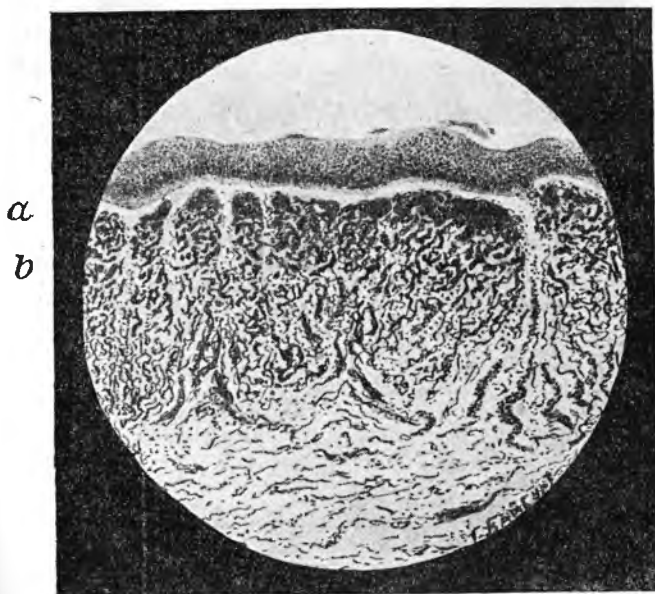


Рис. 60. *Cutis romboidea hypertrophica cervicis*. а — сосочки сглажены; б — гипертрофированные и дегенеративно измененные эластические волокна.

щем слое, в атрофии сосочков и атрофических изменениях покровного эпителия и желез.¹

VIII. *Ямки вследствие атрофии жировой ткани (Foveae ex atrophia subcutis adiposae)*. Эти ямки, более или менее глубокие, обыкновенно наблюдаются в области крестца на *spina ossis ilei superior posterior*, симметрично справа и слева; очень редко бывает одиночная ямка на лобке и у корня члена.

IX. *Копчиковая ямка (Fovea caudae)*. Ямка кожи в области копчика — знак ненормального закрытия спинномозгового канала в утробной жизни.

¹ Проф. П. В. Никольский. *Cutis romboidea hypertrophica cervicis* «Русск. вестн. дермат.», 1925, № 2.

X. Старческая кожа (*Cutis senilis*). В раннем возрасте — старческая сухая, морщинистая кожа. Наичаще наблюдается на кистях.

XI. Ненормальное развитие грудных желез. Увеличение числа грудных сосков и желез (напр., три соска и три железы); молочные железы у мужчин.

XII. Неправильное развитие ушных раковин. Резко выраженный Дарвинов бугорок; «Морелевское» уплощенное ухо, без складок и

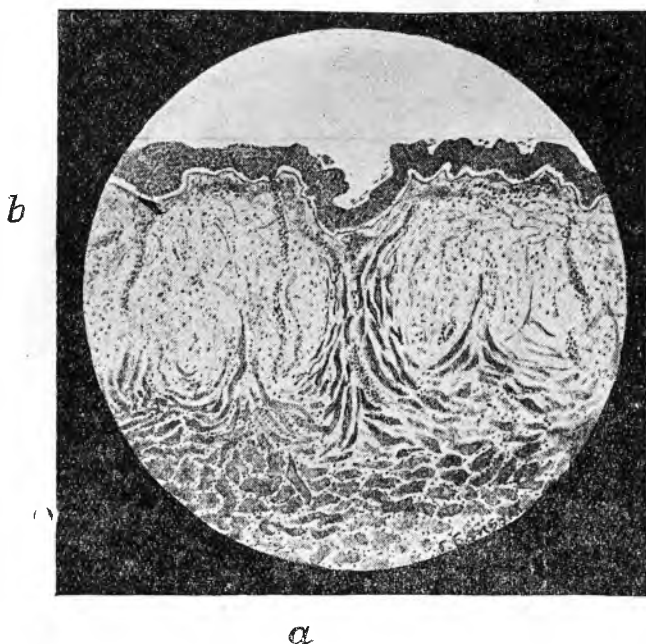


Рис. 61. *Cutis romboidea hypertrophica cervicis*. а — гиалинизированная соединительная ткань; б — атрофированные сосочки.

завитков; оттопыренные уши. Мочка длинная или приращенная. *Helix*, *antihelix*, *tragus* и *antitragus* могут отсутствовать.

XIII. Синдактилия (рис. 62, 63). Сращение пальцев при помощи костной ткани или кожных «плавательных перепонок».

Олигодактилия — отсутствие фаланг и целых пальцев. В нашей клинике наблюдался ряд случаев с одновременной синдактилией и олигодактилией.¹

XIV. Врожденное отсутствие всех или отдельных ногтей. В наблюдавшемся в нашей клинике случае² из 20 ногтей были нор-

¹ Г. Н. Волков. Синдактилия и олигодактилия. «Мед. мысль», 1924, № 8 — 10.

² А. П. Лавров. *Anonychia congenita partialis et onychotrophia*. «Мед. мысль», 1925, т. III, кн. 1.

мальными только два, шесть совершенно отсутствовали, на остальных пальцах были ничтожные остатки ногтевых пластинок, причем на одном пальце ногтевая пластинка была заменена настоящим кожным рогом.

XV. Врожденная гипертрофия ногтей.



Рис. 62. Синдактилия.

XVI. Сращение крайней плоти с головкой члена или удлинение ее; отверстие ее может быть сужено.



Рис. 63. Синдактилия и олигодактилия.

Наружное отверстие мочеиспускательного канала может быть сужено или может помещаться выше или ниже нормального положения (*epispadia, hypospadia*).

Особенно часто встречаются аномалии волос.

XVII. Усиленный рост волос (hypertrichosis universalis и partialis). У женщин волосы на лице, у мужчин общая волосатость.

XVIII. Уменьшенный рост волос (hypotrichosis) — отсутствие волос в подмышечных впадинах и на лобке, отсутствие бороды и усов у мужчин.

XIX. Ненормальное число и неправильное расположение вихров и потоков волос.¹ Так, встречаются вихры на лбу, на спине, на груди, а границы потоков волос смещаются в ту или другую сторону; так, на лбу вместо нормального спуска волос вниз волосы расходятся от средней линии в сторону, или одна половина их спускается вниз, а другая расходится в сторону, или все волосы направляются влево, или, наконец, торчат в разные стороны.

На шее сзади вместо нормального спуска вниз к средней линии волосы расходятся от средней линии, или все волосы идут влево или вправо или, наконец, расходятся от боковых линий.²

XX. Женский тип волос на лобке у мужчин (волосы резко ограничиваются лобком) и **мужской тип у женщин** (волосы лобка соединяются с волосами живота).

XXI. У мужчин развитие подкожной жировой клетчатки по женскому типу: на ягодицах, бедрах и окружности сосков.

Развитие волос на лобке и подкожной жировой клетчатки у мужчин по женскому типу с hypotrichosis лица и тонким голосом дает явления феминизма. Наоборот, развитие волос на лобке у женщин по мужскому типу, вместе с hypertrichosis, грубым голосом и хорошим развитием мышц, дает явления вирилизма.

ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ В ДРУГИХ ОРГАНАХ.

Малый рост, короткость и узкость костей. Гигантский рост. Непропорциональный рост (длинные конечности).

Инфантилизм.

Волчья пасть, заячья губа, многопалость (больше пяти пальцев на конечности).

Неправильности черепа: plagiocephalia — косой череп, oхусерphalia — суживающийся кверху, scaphocephalia — ладьеобразная форма, clinoccephalia — седлообразная форма, prognathismus — выступание нижней челюсти вперед.

Недоразвитие зубов (два резца вместо четырех и др.), неправильное положение их, микродантизм, макродантизм, зубы изъеденные, сточенные, лопатовидные, Гутчиссоновы.

Твердое нёбо, узкое или сводаобразное.

В глазах неравномерность зрачков, неправильная форма их, множественность. неодинаковый цвет их, колобома, врожденная катаракта, альбинизм, третье веко.

Гермафродитизм, двурогая матка.

¹ Нормальное расположение см. выше в главе об анатомии кожи.

² Е. Д. Данилевская. Врожденные аномалии кожи совместно с другими физическими врожденными аномалиями в организме. «Русск. вестн. дерматологии», 1924, т. II, № 7.

ВОСПАЛЕНИЕ КОЖИ ВСЛЕДСТВИЕ НАРУЖНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ И ХИМИЧЕСКИХ ВЛИЯНИЙ.

(*Dermatitis ex causa externa.*)

В этой группе рассмотрим травматический дерматит, ожог, отморожение, воспаление кожи от химических веществ и Рентгеновский дерматит.

Травматический дерматит.

(*Dermatitis traumatica.*)

Более или менее сильные травматические влияния, каковы трение (бандажа, при расчесах, при массаже и проч.), давление, удар, смотря по силе действующей причины и индивидуальной раздражительности кожи, могут вызвать красноту, образование пузырьков, ссадин, язв, чешуй и корок, а при вторичном заражении гнойными бактериями — и пустул. Язвы образуются из ссадин при постоянном раздражении ткани. В одном наблюдавшемся нами случае зуда, при одновременной токсифобии (больной приписывал зуд ядовитым веществам и паразитам и ежедневно старался удалять их из язв ногтями и пинцетом), язвы от механического раздражения существовали несколько лет.¹

Распознавание вообще легкое, исключая отдельные случаи, как, напр., вышеуказанный с язвами, когда лишь тщательное наблюдение может точно установить причину болезни.

Предсказание благоприятное, так как по прекращении механического раздражения болезнь скоро проходит. Однако, нужно иметь в виду, что иногда у лиц предрасположенных, в частности у стариков, механическое раздражение ведет к упорным страданиям: *pruritus* и *eczema chronicum*.

Лечение состоит в применении свинцовых примочек, индифферентных мазей по принципу наружного лечения экземы и эритемы и дезинфицирующих средств.

¹ См. в главе о *dermatophobia*.

О ж о г.

(Combustio. Dermatitis calorica.)

Воспаление кожи от жара: горячей воды, расплавленной смолы и металлов, пламени при горении одежды и т. п., смотря по интенсивности и продолжительности влияния жара, может выражаться тремя степенями: 1) Краснота кожи с отеком, сопровождающаяся ощущением боли и жжения. 2) Те же явления с образованием пузырей. 3) Кроме сказанных явлений омертвление и язвы кожи. Омертвевший участок отличается беловатым цветом, сухостью и нечувствительностью. Через некоторое время струп отделяется, обнажая язву, которая заживает более или менее глубоким рубцом. В известных случаях может быть обугливание ткани.

Течение болезни. При ожогах первой степени течение короткое — несколько дней. Оно более продолжительное при ожогах второй степени, когда образуются пузыри и ссадины, причем боль и жжение сильнее, особенно на местах ссадин. При ожогах третьей степени оно может продолжаться несколько месяцев, причем боли достигают высокой степени.

Ожог оказывает влияние на общее состояние организма. Смотря по степени ожога и его распространенности наблюдается повышение температуры, а при язвах наблюдаются и явления септицемии. При распространенных процессах вскоре после ожога наступают явления возбуждения, бреда и затем явления угнетения: помрачение сознания, апатия, сонливость, сердечная слабость. При ожоге трети поверхности кожи наступает смерть.

Причиной смерти, исключая случаи септицемии, как вторичного явления от засорения язв и ссадин бактериальной флорой, являются токсические вещества, образующиеся при ожоге, различного состава (подобные пептотоксину В r i e g e r'a, пиридин по R e i s s'у и др.), являющиеся продуктами ненормального разложения белков (моча обожженных очень ядовита), а также изменение крови: значительное повышение удельного веса, лейкоцитоз и некробиоз красных кровяных шариков.

Лечение. Тотчас после ожога приносят большое облегчение сосудосуживающие, болеуспокаивающие, вяжущие и защищающие средства. Из сосудосуживающих и болеуспокаивающих применяется холод в форме холодных местных (для рук, ног) ванн, холодных примочек, часто меняемых, лучше из свинцовой воды (aq. plumbi), которая оказывает и вяжущее действие, а также из раствора соды, которая, вероятно, благодаря щелочной реакции, оказывает успокаивающее действие. Другое средство, охлаждающее и защищающее, это — thiolum liquidum, которым смазывается пораженная кожа. Испаряющаяся вода производит охлаждение, а остающаяся

пленка служит нежным защитительным покровом для кожи, лишенной рогового слоя. Кроме того, возможно допустить, что тиол оказывает и болеуспокаивающее действие на обнаженный Мальпигиев слой. Смазывание тиолом удобно производить и на больших поверхностях (туловище, конечности). Оно возобновляется утром и вечером. Если избирается последний метод лечения, то он применяется во все время течения ожога первой и второй степени. Если останавливаются на холодных примочках, то ими пользуются первые сутки и затем переходят к мазям. Наилучшая мазь — *linimentum calcarium* (*oleum lini, aqua calcis aa*). Она служит нежным защитительным покровом для обнаженного Мальпигиева слоя (при ожоге второй степени).

Что касается ожога третьей степени, то при нем лечение должно преследовать и другие цели. В первое время (первые сутки) наилучшим средством является также холод, но затем участки омертвевшей кожи требуют теплового лечения. Омертвевшая ткань холодна, ее нужно согревать. Затем нужно стремиться к скорейшему образованию демаркационной линии, ведущей к отторжению струпа, а для этого необходимо способствовать притоку артериальной крови при помощи тепла. Поэтому в рассматриваемых случаях показаны теплые ванны, в промежутках между которыми применяется перевязка с *linimentum calcarium*. Полезны постоянные тепловатые ванны, в которых больной лежит (на особо приспособленной постели) день и ночь. Ванны влияют своим общеуспокаивающим действием, а также наилучшим удалением токсических продуктов с пораженной кожи. Наконец, при наступлении язвенного периода (по отделении струпов) нужно употреблять средства дезинфицирующие (*ung. xeroformii 10%* и др.).

По заживлении язв образуются рубцы. При этом для врача важны два обстоятельства: 1) рубцы нередко образуются возвышенные и плотные (келоидные), что может причинять большие неудобства, напр., на ягодицах при сидении, а также и косметические неудобства на открытых частях, особенно у женщин. Для лечения келоидных рубцов применяется массаж и особенно тепло в форме продолжительных ежедневных припарок, также лучи Рентгена. 2) Рубцы в области сочленений могут причинять ограничение подвижности. Пока рубец еще не вполне сформировался, красный, можно сделать его более растяжимым при помощи тепла, массажа и гимнастики.

Сетчатый дерматит.

(*Dermatitis reticularis*.)

После действия тепла, в форме согревания на печи, также грелок, припарок, термофоров, развивается иногда своеобразная форма воспаления в виде красных (в периоде гиперемии), а затем темных (период

пигментации) полос, в несколько миллиметров шириною, пересекающихся под различными углами и ограничивающих участки нормальной кожи величиною в $1\frac{1}{2}$ — 1 — 2 кв. см. При микроскопическом исследовании находят инфильтрат из круглых клеток около сосудов и звездчатые хроматофоры.

Лечение в начальной стадии состоит в средствах сосудосуживающих (примочки из aq. plumbi), затем в разрешающих инфильтрат (тепло, мыльные размывания), в конечной пигментной стадии — легкие отшелушивающие (размывания spirito saponato kalino Hebrae и друг.).

Отморожение.

(Congelatio. Dermatitis ex frigore.)

Отморожение получается от действия низкой температуры. Оно выражается в общем явлениями, сходными с явлениями ожога. При первой степени также получается краснота, с отечной припухлостью, но здесь краснота более венозного характера. При второй степени к красноте присоединяются пузыри. Наконец, при третьей степени на дне пузырей ткань омертвевает.

В костях (плюсневых, фалангах пальцев и др.), даже при слабом отморожении, как показывают рентгеновские снимки, развивается атрофия. Ознобление обыкновенно бывает на открытых частях и особенно на кончике носа, ушных раковинах и пальцах рук и ног.

Субъективные ощущения состоят в похолодании, пощипывании, боли, но затем могут сменяться анестезией.

Течение болезни. Отморожение склонно к хроническому течению. Даже после отморожения первой степени часто остается припухлость (напр., пальцев) с синеватым цветом, увеличивающаяся в холодное время года (perniones). «Красный нос» (rosacea) часто обязан своим происхождением озноблению.

Патологическая анатомия. При первой степени ознобления происходит сильное расширение кровеносных сосудов с потерей эластичности их стенок, чем и объясняется последовательное образование красноты. Вместе с тем происходит небольшая экссудация, обуславливающая отечность ткани, а также и небольшая круглоклеточная инфильтрация, ведущая к более стойкому утолщению ткани. При второй степени экссудация сильнее, и в эпидермисе образуются пузыри. При третьей степени в воспаленных сосудах образуются тромбы, что ведет к омертвлению ткани.

Лечение. Обмороженные части следует согревать постепенно. Сначала растирают их льдом, затем холодной водой, далее алкоголем и, наконец, переходят к согреванию теплом (теплые примочки, при-

парки). Пузыри смазывают иодом и прокалывают, а затем ежедневно повторяют смазывание иодом (в предупреждение вторичной инфекции). Ссадненные участки перевязывают дезинфицирующими и слегка раздражающими (в виду венозной гиперемии) мазями (с balsatum Peruvianum 5—10%). На омертвевшие участки действуют теплом, вызывающим артериальную гиперемию и тем способствующим образованию демаркационной линии и отторжению струпа, а язвы, по отторжении струпа, перевязывают дезинфицирующими мазями (ung. хеогоformii 10% и др.). Последствия обморожения, синюху конечностей с привуханием, лечат массажем, теплом и электричеством (сильный фарадический ток для усиления тонуса парализованных сосудов).

Воспаление кожи от химических веществ.

(*Dermatitis venenata seu toxica.*)

Сильно действующие химические вещества, каковы крепкие кислоты, щелочи, скипидар, сулема в крепких растворах, кротонное масло, растения: герань, кактус и др., способны вызывать воспаление кожи, смотря по силе действия, более поверхностное или более глубокое, приводящее в известных случаях к омертвлению ткани с последовательным изъязвлением.

Для лечения употребляются, по обстоятельствам, сосудосуживающие и дезинфицирующие средства.

Воспаление кожи от солнечных лучей.

(*Hydroa vacciniformis. Hydroa estivalis.*)

Солнечные лучи, кроме обычного дерматита с краснотой, пузырями и мокнутием, вызывают у некоторых лиц своеобразное заболевание — *hydroa vacciniformis*.

Болезнь выражается образованием на открытых частях тела, под влиянием лучей солнца, плотных пузырей до чечевицы и лесного ореха. Постепенно они переходят в пустулы, причем на поверхности образуется пупкообразное вдавление и вскоре пустулы засыхают в корки. По отпадении корок остаются оспенновидные рубцы.

Иногда сыпь бывает на конъюнктиве, что может вести к изъязвлению роговицы. Из субъективных ощущений иногда бывает зуд и жжение.

Часто высыпанию предшествует и сопровождает его общее расстройство: общее недомогание, лихорадка, рвота.

Болезнь обыкновенно развивается весной и летом, иногда и зимой в ясные дни, вследствие отражения света от снега.

Отдельные приступы продолжаются недели три. Но болезнь наклонна рецидивировать.

Начинается с раннего детства, проходит к 20 — 30 годам.

В моче больных нередко находят гематопорфирин (безжелезистое производное красящего вещества крови — гематина, изомерное с красящим веществом желчи — билирубином).

При патологогистологическом исследовании обнаруживается серознофибринозное воспаление с центральным некрозом.

Причина болезни — чувствительность к ультрафиолетовым лучам солнечного света. Аналогичное действие может оказать вольтова дуга.

Распознавание. Страдание походит на *erythema exsudativum bullosum*, но отличается условиями происхождения (от солнечных лучей) и образованием рубцов, чего при экссудативной эритеме не бывает.

Лечение. Нужно защищать кожу от света желтыми и красными вуалями и тканями, также красноватой пудрой и красноватыми пастами. С этой целью можно брать *bolum rubrum* (красная глина).

Rp. Zinci oxydati, talci veneti aa 25,0, boli rubri 15,0, spermaceti 2,0, M. D. S. Пудра.

Rp. Boli rubr, 20,0, zinci oxydati, amyli tritici aa 15,0, vaselini flavi, lanolini aa 25,0. M. D. S. Паста.

Также применяют крем *zeozon*, содержащий 3% кумарина и *ultra-zeozon* с 7% кумарина. Можно применять в пудре или пасте куркуму, красящее вещество куркумового корня в виде блестящих желтых кристалликов.

Воспаление кожи от лучей Рентгена. Рентгеновский дерматит.

(Röntgendermatitis.)

Воспаление кожи от лучей Рентгена получается при употреблении дозы выше эритемной дозы. Дерматит первой степени (*dermatitis erythematosa acuta*) развивается через 2 недели после освещения и выражается выпадением волос (которое происходит уже при меньшей дозе, $\frac{3}{4}$ — $\frac{2}{3}$ дозы, почему и применяется при паразитарных болезнях волос), краснотой, припухлостью, напряжением кожи, ощущением жара и иногда колющей болью. Протекает в течение 3 — 6 недель. После него остается на некоторое время пигментация и шелушение, но затем наступает полное излечение.

Дерматит второй степени (*dermatitis bullosa*) развивается через неделю после освещения и выражается, кроме выпадения

ния волос, сильной краснотой, образованием пузырьков, пузырей и ссадин и сильными болями. Протекает в течение 6 — 12 недель. После него остается пигментация, сухость кожи, алоpecia, а через несколько месяцев и даже через 1 — 2 года развивается атрофия кожи с расширением сосудов (телеангиэктазии). Иногда на атрофированной и рубцовоперерожденной коже развивается омертвление (рис. 64).



Рис. 64. Рентгеновский дерматит с рубцовыми изменениями и телеангиэктазиями.

Дерматит третьей степени (*dermatitis gangraenosa*) развивается через несколько дней после освещения и выражается сильной краснотой, образованием пузырей и ссадин, омертвением кожи и подлежащих частей и образованием язв при сильной болезненности. Течение очень продолжительное и неопределенное (месяцы и годы). По излечении остается алоpecia, атрофия кожи, телеангиэктазии,

натянутые рубцы, нередко приводящие к обезображиванию (выворот век, неподвижность пальцев и т. п.).

Хронический рентгеновский дерматит получается при повторном употреблении малых доз. Иногда развиваются у рентгенологов. Кожа приобретает коричневокрасноватый цвет; надкожица делается ломкой, трескается; нормальный рисунок кожи резкий. Волосы выпадают; ногти делаются ломкими.

Патолого-анатомические изменения, смотря по степени воспаления, состоят в расширении сосудов и, главным образом, в дегенеративных изменениях клеток (вакуольное и др.), прежде всего эпителиальных (выпадение волос, прекращение потоотделения и салоотделения, также распад клеток покровного эпителия при образовании язвы), а затем и клеток соединительной ткани и сосудов. Изменение стенок сосудов ведет к серозной эксудации и клеточной инфильтрации ткани, к кровоизлияниям и тромбам. Распад перерожденных клеток и волокон, вместе с расстройством кровообращения, ведет к образованию язв. Последствием воспаления являются запустение желез и волосяных мешков и рубцовое перерождение соединительной ткани. Заложенные в рубцово измененной ткани сосуды, также с измененными стенками, расширяются, образуя телеангиэктазии.

Лечение состоит, при первой и второй степени, в индифферентных присыпках и сосудосуживающих и вяжущих примочках (aqu. plumbi); при язвах для успокоения болей можно применять *extractum belladonnae* (1% с вазелином), также необходимы дезинфицирующие присыпки (*xeroformium*). При гангрене и вообще при язвенном дерматите всего лучше действует тепло (примочки, припарки, ванны) и, как показывает наблюдение нашей клиники, ионтофору с сернокислым цинком на катоде. При упорных язвах прибегают к эксцизии их.

БОЛЕЗНИ КОЖИ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ БАКТЕРИЯМИ.

Гнойничковая сыпь.

(Impetigo.)

Под именем *impetigo* разумеют страдание, вызываемое стафилококками и стрептококками, выражающиеся образованием небольших пузырьков и гнойничков, стоящих отдельно или сливающихся, засыхающих в корки желтоватого, медообразного или темного цвета и заживающих без образования рубца. Отличают *impetigo contagiosa* (Tilbury Fox'a), *impetigo Bockhardt* и *impetigo vulgaris*. Однако, клинические картины настолько неопределенны, что это дает повод одним авторам признавать только две первые формы (Ланг), другим — одну лишь первую, относя остальные в группу фолликулитов (Сабуро).

Impetigo contagiosa характеризуется образованием красного, слегка возвышающегося пятна, 3—4 мм в диаметре, на котором быстро, через несколько часов, образуется пузырек с прозрачным содержимым, легко разрывающийся при чесании, причем выступающая жидкость скоро засыхает в корку янтарного или медообразного вида. Корка дает трещины, через которые выделяются новые порции жидкости, также застывающие в корку. Нередко процесс распространяется по периферии таким образом: около корки образуется красная кайма, на которой формируется пузырь, засыхающий в корку. Так получаются концентрические корки. Если начальный пузырь долго сохраняется, не разрываясь, то жидкость в нем мутнеет и затем также засыхает в корку. По отпадении, через 7—8 дней, корок обнажается заживающая красная поверхность, без образования рубца.

Пузырьки и корки обыкновенно бывают множественными, обильно покрывая, преимущественно у детей, любимое место — лицо: лоб, щеки, губы, подбородок или кисти и пальцы рук. При этом можно видеть пузырьки в 4—5 мм в диаметре и округлые корки до 1 см в диаметре, иногда концентрические, иногда с пониженным центром и возвышенными краями, стоящие изолированно или кое-где сливающиеся.

Субъективные ощущения состоят в небольшом зуде и также в боли, когда сыпь располагается на местах, подвергающихся растяжению (напр., в углах рта), причем образуются болезненные трещины.

Течение кожной сыпки непродолжительное—до 8 дней, но появление все новых и новых пузырьков может затягивать болезнь на многие месяцы. Неразорвавшиеся пузырьки мутнеют и переходят в гнойнички.

Патологоанатомические изменения состоят в скоплении жидкости под роговым слоем, отека Мальпигиева слоя, отека и гиперемии с небольшой инфильтрацией в сосочковом и подсосочковом слое.

Причину болезни составляют стрептококки, к которым впоследствии примешиваются стафилококки. Болезнь очень заразительная. Нередко заражаются целые семьи, также в школах большое число учащихся. У самого носителя болезнь долго продолжается благодаря аутоинокуляции. Бактерии прививаются в отверстиях желез, а также на ссадинах. Поэтому *impetigo contagiosa* может развиваться при вшивости и чесотке.

Распознавание. Возможно смешение с *eczema crustosum*. Но последняя представляет не гнездный, а разлитой процесс, тогда как при *impetigo* имеются отдельно стоящие пузырьки и корки.

Лечение должно быть по преимуществу дезинфицирующим. Появившиеся пузырьки смазывают иодной настойкой. Влажные и мокнущие участки примачивают *argento nitrico* 1 : 200. Корки размягчают густою мазью (*ung. diachylon*). Здоровую кожу в области поражения вытирают спиртом для возможного уничтожения стрептококков. Горячий суховоздушный душ (фен) может оказать большую услугу как средство высушивающее (при высушивании ухудшаются условия для развития бактерий) и средство дезинфицирующее благодаря высокой температуре. Его применяют 2 раза в день по 5—10 минут, температуры, какую только больной может переносить. Полезно выпрыскивание молока и аутогемотерапия (см. далее, фурункул).

Impetigo vulgaris характеризуется образованием пустул величиной от просяного зерна до боба, без воспалительных или с ничтожными воспалительными явлениями по периферии, засыхающих в корки и заживающих без рубца. Болезнь особенно любит конечности.

Течение вследствие аутоинокуляции и появления все новых и новых пустул может быть очень продолжительным.

Причину болезни составляют *staphylococcus pyogenes albus et aureus*. Бактерии помещаются в устье железы, а в окружности развивается нагноительный процесс. Нечистое содержание кожи, царапины и ссадины при вшивости и чесотке способствуют развитию болезни.

Распознавание. От сходного *impetigo contagiosa* отличается тем, что начальным элементом является не пузырек, а гнойничок. От *eczema crustosum* отличие такое же, как предыдущей формы.

Лечение такое же, как и *impetigo contagiosa*. В случае вшивости или чесотки лечение направляется на эти болезни.

Ecthyma vulgaris.

Названное страдание, подобно *impetigo*, выражается образованием пузырьков, переходящих в пустулы и засыхающих в корки, но с тем отличием, что здесь воспалительный процесс сильнее и глубже. Дело начинается с воспалительной папулы, которая покрывается пузырьком, переходящим в гнойничок. Последний подсыхает в корку или разрывается и образует поверхностную язву, покрывающуюся коркой. По периферии корки идет нагноение в виде валика и потом также образуется корка. Таким образом, получаются концентрические корки довольно больших размеров, до серебряного рубля. Заживление происходит с образованием более или менее глубокого рубца.

Течение болезни может быть очень продолжительным, вследствие появления новых высыпаний. Особенно часто эктимы располагаются на голенях.

Причину болезни составляют гноеродные бактерии, стрептококки и стафилококки. Болезнь развивается при тех же условиях, как и *impetigo*, и часто комбинируется с последним.

Патологоанатомические изменения состоят в воспалительном процессе с нагноением в собственно коже.

Лечение состоит в смазывании подной настойкой свежих сыпняков, смазывании корок плотной мазью (*ung. diachylon*), присыпке язв ксероформом, в применении горяче-воздушного душа (фен). С профилактической целью вытирают кожу спиртом. Также полезны впрыскивания молока и аутогемотерапия.

Фурункул. Карбункул.

(*Furunculus. Carbunculus.*)

Фурункул характеризуется образованием в подкожной клетчатке болезненного красного узла, который нагнаивается и по вскрытии обнаруживает присутствие плотно держащегося стержня из омертвевшей ткани, отделяющегося лишь через некоторое время, после чего начинается процесс заживления, заканчивающийся образованием более или менее глубокого рубца.

Фурункулы могут быть на любой части тела, но более любят заднюю поверхность шеи, подмышечные впадины, ягодицы. В наружном слуховом проходе они отличаются крайней болезненностью. Фурункулы являются то одиночными, то множественными. Нередко сопровождают импетиго и эктиму. Представляют самостоятельное первичное заболевание или вторичное, как осложнение тех процессов кожи, при которых образуются ссадины, каковы экзема, почесуха, чесотка, вшивость и др.

Течение болезни различное: то все ограничивается одним фурункулом, то являются множественные высыпания; то болезнь оканчивается

с заживлением первых фурункулов, то высыпи все возобновляются, иногда многие месяцы и даже годы. В последнем случае говорят о фурункулезе. Фурункулы могут сопровождаться лихорадочным движением. Фурункулез нередко сопровождает диабет и кахексию после перенесенных тяжелых болезней.

Карбункул представляет соединение многих фурункулов. Кожа на большом протяжении (с ладонь) краснеет, инфильтрируется, представляется очень болезненной и через некоторое время прорывливается, как решето, во многих местах. Из отверстий выдавливается гной и в них обнаруживается, как во всяком фурункуле, стержень из омертвевшей ткани, который отделяется лишь по истечении некоторого времени, и тогда начинается заживление. Карбункул наклонен распространяться по периферии и в глубину. Он сопровождается лихорадкой, иногда очень значительной, даже с бредом. Если карбункул долго не вскрывается, может наступить септицемия или пиемия.

Патологоанатомические изменения фурункула и карбункула состоят в воспалении кожи и подкожной клетчатки с гнойным распадением и центральным омертвением. Исходным пунктом являются сальные или потовые железы.

Причину болезни составляют стафилококки.

Предсказание при одиночных фурункулах благоприятное. Оно менее благоприятно при фурункулезе, особенно у лиц и без того истощенных, так как фурункулез сам по себе подрывает питание, а при карбункуле, который может вести к флегмоне и к септицемии, оно делается серьезным, особенно у стариков.

Лечение. В самом начале фурункул смазывают ежедневно и одной настойкой, что иногда ведет к абортивированию процесса. Развившийся фурункул и карбункул подвергают влиянию тепла (припарки, согревающий компресс) для скорейшего созревания, а затем, по вскрытии, выдавливают гной и продолжают класть согревающий компресс (из сулемы 1:2000). Если фурункул и карбункул сами не вскрываются, то делают разрез. При карбункуле делают разрез и при самопроизвольном вскрытии, чтобы дать лучший выход гною. При фурункулезе применяют и внутренние средства. От 10-хвальных многими пивных дрожжей (3 столовых ложки в день) я не видел успеха, который я скорее получал при систематическом, в течение 3—4 недель, употреблении хинина (0,3 дважды в день).

Хорошее действие оказывает так называемая протеиновая или неспецифическая терапия: аутогемотерапия и впрыскивания молока. При употреблении названных средств наблюдается лейкоцитоз и увеличение красных кровяных шариков. Можно думать, что они стимулируют кроветворные органы, повышают иммунные силы организма,

активируют клеточные элементы и тем самым активируют защитительные силы организма.

При аутогемотерапии берется у того же больного из вены (v. coecephalica, basilica, mediana) 3—10 куб. см крови и впрыскивается в ягодицы, в подкожную клетчатку или мышцу. Через несколько часов после впрыскивания иногда (но не всегда) бывает небольшое повышение температуры. Впрыскивания повторяются через 1—2 дня, всего до 10—15 впрыскиваний. После исчезновения фрункулов делается еще 5—6 впрыскиваний.

Цельное молоко,¹ после 10-минутного кипячения, впрыскивается подкожно или внутримышечно в ягодицы, в количестве 3—10 куб. см. После впрыскивания бывает лихорадка до 39°, продолжающаяся до суток. Впрыскивания повторяются через 3 дня, в количестве 10—15 впрыскиваний. За границей применяют различные препараты, приготовленные из молока, — aolan, обезжиренное и обеспоженное молоко, caseosan, стерилизованный 5% раствор казеина и др. Действие их не выше простого молока, но общая реакция после них слабее.

При диабете стараются повлиять на последний, главным образом, регулированием диеты. Также впрыскивают инсулин. При кахексии дают средства укрепляющие (мышьяк, железо). Здоровую кожу вытирают спиртом или подвергают действию горячего суховоздушного душа с дезинфицирующей целью.

Импетиго, эктима, фурункул и карбункул составляют группу нагноительных процессов и кожи (pyodermia).

Angulus infectiosus. Perlèche. Bridou.

Страдание наблюдается по преимуществу в углах рта, откуда и название «angulus». Французские названия происходят: «perlèche» от lécher — лизать, так как больной часто лижет пораженное место, «bridou» от brider — взнуздывать, так как картина болезни напоминает те изменения, которые происходят у лошади в углах рта от узды.

Эпителий углов рта делается беловатым, мацерируется, отшелушивается, обнажая красную, воспаленную кожу. По местам образуются трещины, причиняющие сильную боль.

Болезнь проходит довольно быстро, в течение 2—3 недель, но склонна к возвратам. Иногда продолжается многие месяцы.

Особенно часто она наблюдается у детей.

Профессор Поспелов относит ее к группе экзем, приписывая причину раздражению химически измененной слюной. Французские авторы считают ее инфекционной и причину видят в стафилококках

¹ Г. Н. Волков. Парентеральное введение молока при кожн. и венер. болезнях. Юго-вост. вестн. здравоохран., 1923, № 4.

и стрептококках, относя болезнь к группе *impetigo*, почему ее и называют — *angulus infectiosus*.

Картина болезни очень походит на сифилитические *plaques muqueuses*.

Отличие от последних основывается на отсутствии других явлений сифилиса.

Лечение состоит в смазывании ляписом (10%), с последовательным смазыванием ланолином или вазелином.

Воспаление потовых желез.

(Hydradenitis.)

Названное страдание развивается в подмышечных впадинах, чаще у женщин, и притом чаще летом. Процесс начинается с образования очень болезненного узелка в толще кожи, который, увеличиваясь, достигает размера лесного ореха, затем размягчается. По вскрытии, произвольном или оперативном, выделяется сливкообразный гной.

Течение каждого узла 10—15 дней. Но вследствие склонности к образованию новых узелков болезнь может затягиваться на многие месяцы. Кроме того, она склонна к возвратам, особенно в летнее время.

Причину болезни составляют стафилококки, заражающие потовые железы, откуда воспаление переходит на окружающую соединительную ткань.

Распознавание не трудное. От воспаленных лимфатических желез страдание отличается тем, что узелки образуются в самой коже, а не под кожей, где лежат лимфатические железы.

Лечение — как всякого нарыва. В самое первое время холод, затем тепло (припарки), а по размягчении — выдавливание гноя. Для дезинфекции кожи, с целью предохранить от дальнейшего распространения болезни, полезно протирание спиртом и применение горячего сухо-воздушного душа (фен). Применяется также протеиновая терапия.

Рожа.

(Erysipelas.)

Рожа характеризуется яркой краснотой, напряжением с отечностью кожи, болезненностью при давлении, резкой границей красноты и припухлости со здоровой кожей, повышением местной температуры и склонностью к ежедневному увеличению процесса. Иногда по поверхности пораженного участка образуются пузырьки и пузыри, частью засыхающие в корки (*erysipelas vesiculosum, bullosum, crustosum*). В редких случаях, преимущественно там, где кожа натянута на кости, бывает гангрена (*erysipelas gangraenosum*). В одних случаях процесс вскоре останавливается в своем распростране-

нии, занимая ограниченный участок (*erysipelas circumscriptum*); в других случаях он двигается неудержимо все дальше и дальше, причем может обойти всю поверхность кожи (*erysipelas migrans*). Местные лимфатические железы припухают.

Сыпи обыкновенно предшествует за 12 — 24 часа инкубационный период, в течение которого наблюдается общее недомогание, также могут быть тошнота, рвота, понос, лихорадка, которая затем сопутствует всему течению рожи, имея послабляющий характер и достигая 39 — 40° Ц. Субъективные ощущения состоят в зуде, жжении и особенно в чувстве напряжения кожи.

Любимым местом рожи является лицо. Всего чаще она начинается близ отверстий носа, что объясняется частым существованием ссадинок в этих участках, через которые и происходит заражение. Обыкновенно начальная краснота появляется на коже носа и отсюда, ежедневно усиливаясь, переходит на щеки, веки, лоб, губы. Веки отекают до полного закрытия глаз. При дальнейшем движении на волосистую часть головы может быть осложнение менингитом.

Но рожа может быть на любом месте кожи. Нередко она наблюдается на верхних и нижних конечностях.

Выпадение волос (*alopescia toxica*) нередкое явление при роже. Иногда бывает нагноение подкожной клетчатки (флегмона).

Рожа бывает и на слизистых оболочках: зева, рта, носа, влажных, где распознавание ее труднее, чем на коже. Пораженная слизистая красна, напряжена, отечна, болезненна. Со слизистых процесс может переходить на кожу и обратно.

Рожа может поражать и внутренние органы. Так, иногда наблюдается миокардит (частый пульс и неправильность ритма), белок и цилиндры в моче, менингит, поражение черепных нервов: зрительного, слухового, лицевого, множественный неврит. Также осложнениями могут быть нагноения лимфатических желез, при роже лица и слизистых рта и носа — гнойное воспаление гайморовой полости, среднего уха, околоушной железы, клетчатки глаза. Рожа в области колена может вести к гнойному воспалению коленного сустава, рожа в коже груди — к плевриту.

Со слизистой зева процесс может распространяться на гортань, вызывая отёк, требующий трахеотомии, — на бронхи и легкие (pneumonia, иногда pneumonia migrans). Описаны случаи рожи слизистой желудка.

Наконец, рожа может давать пиемию и септицемию.

Течение болезни различно. При *erysipelas circumscriptum* все может окончиться в несколько дней; при *erys. migrans* болезнь может продолжаться недели. Нередко процесс идет толчками: проходит, а через 1 — 2 дня снова краснота кожи и лихорадка. В среднем тече-

ние болезни занимает 7—10 дней. Но болезнь может возвращаться, и притом многократно, через более и менее долгие промежутки времени. Напр., наблюдалось 20 приступов рожи в течение трех месяцев. Выделяют особую форму привычной рожи, когда после повторных приступов болезни остается постоянное утолщение с покраснением кожи, причем при частых возвратах рожи краснота делается более интенсивной и сопровождается лихорадкой. Эта форма наичаще поражает лицо и голени. Вследствие облитерации лимфатических сосудов и застоя лимфы она ведет к хроническому плотному отёку кожи — пахидермии и к значительному разрастанию соединительной ткани — слоновости (elephantiasis).

У грудных детей, получающих, между прочим, рожу от матери, страдающей родильной горячкой (рожа лица, пупка), и у стариков рожа протекает в тяжелой форме и может вести к смерти.

Патологоанатомические изменения состоят в серозно-клеточной воспалительной инфильтрации собственно кожи и отчасти подкожной клетчатки. В эпидермисе наблюдается отёк и образование поверхностных пузырей.

Причина болезни — в стрептококках, размножающихся в лимфатических сосудах и периваскулярных пространствах кожи и слизистых оболочек. Стрептококки прививаются на участках, обнаженных от рогового слоя. Поэтому рожа наблюдается после всяких травм, в том числе и хирургических; при болезненных процессах, сопровождающихся образованием ссадин и язв, каковы: экзема, импетиго, эктима и др.

Стрептококки могут распространяться по внутренним органам: в сердце, легких и проч.

Предсказание в большинстве случаев благоприятное. Но оно делается тяжелым при осложнениях: менингите, плеврите, плевропневмонии, пиемии, септицемии.

Распознавание болезни на коже редко представляет затруднение. Краснота и отечность с резкими границами, очень склонные к распространению *per continuitatem*, при лихорадке, достаточно отличают рожу от *экземы* и *эритемы*. Значительно труднее распознавание рожи слизистых оболочек. Трудно отличать рожу зева от *ангины*. Только одновременное существование болезни на коже, когда возможно допустить переход ее с кожи на слизистую или обратно, устанавливает диагноз.

Лечение. Для лечения предлагаются охлаждающие, дезинфицирующие и сдавливающие средства. Широкое применение находят охлаждающие свинцовые примочки, переменяемые каждые 5—10 минут в течение многих часов, и дезинфицирующая ихтиоловая мазь (1:10—20), прикладываемая днем в промежутках между примочками и на ночь. Также с дезинфицирующею целью применяют

смазывание t-ra jodi, причем смазывается и здоровый по виду периферический ободок в сантиметр шириной, так как патологоанатомические исследования показывают, что стрептококки двигаются вперед в ткани, еще не представляющей клинических изменений. С той же целью применяют спиртовые компрессы. Делают попытки остановить движение стрептококков сдавливанием лимфатических сосудов наложением полосок липкого пластыря на некотором расстоянии от границы поражения.

Внутрь дается хинин (0,3 дважды в день). Применяют стрептококковую сыворотку, также сыворотку от больных, только что перенесших рожу. Описано благоприятное влияние противодифтерийной сыворотки, также протеиновой терапии (впрыскивание молока и аутогемотерапия).

Целебное действие рожи. Давно известно благоприятное влияние лихорадочных инфекционных болезней на хронические воспалительные процессы. Но особенно это влияние принадлежит роже, при которой проходят иногда не только такие болезни, как экзема, волчанка, но и злокачественные опухоли: саркома и рак, а также болезни обмена: сахарное и несахарное мочеизнурение и даже некоторые психозы. Я лично наблюдал в клинике проф. Стуковенкова случай излечения тяжелой формы *sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum* Кароси в течение продолжительной блуждающей рожи, осложненной глубокой флегмоной. Такое целебное действие невольно приводило авторов к мысли о впрыскивании в указанных случаях сыворотки от рожистых больных и о прививке чистых разводов рожистых кокков. Но эти предложения не привились в практике, нужно думать, в виду того, что рожа сама по себе представляет тяжелую болезнь, а также и потому, что влияние ее непостоянно. Так, напр., по статистике Колея (Coley) из 17 случаев раковых опухолей, в которых было осложнение рожей или рожа была привита нарочно, излечение последовало только в 3-х случаях.

Сибирская язва.

(*Pustula maligna. Anthrax.*)

Сибирская язва получается человеком от животных (рогатого скота, лошадей), страдающих этой болезнью, также от их кожи, волос, мяса. Она может выражаться тремя формами: кожной, легочной и кишечной. Мы рассмотрим первую.

Болезнь обыкновенно развивается на открытых частях: на лице, шее, верхних и нижних конечностях. После заражения сибиреязвенной палочкой через раневую поверхность, по прошествии 1—3 дней скрытого периода, появляется пятно, подобное укусу блохи. Через 12—15 часов в центре пятна является пузырек с булавочную головку,

сидящий на уплотненном основании. Спараннутый расчесом вследствие зуда или не спараннутый он засыхает в темный струп (гангрена), который, вместе с увеличением уплотнения, увеличивается по периферии, достигая сантиметра и более в диаметре. По периферии черного струпа образуются пузырьки в 1 — 2 ряда. За пузырьками кнаружи следует еще пояс общего уплотнения с синевато-красной кожей. Все это образование представляет плотную как доска опухоль в несколько сантиметров в диаметре. Кнаружи от нее развивается отёк, который может занимать большие поверхности, напр., всю половину лица, включая веки, которые совершенно закрывают глаза, или переднебоковые поверхности шеи, причем голова как бы сливается с туловищем. Развитое поражение делается мало чувствительным. Местная температура его обыкновенно понижена.

В окружности сибирской язвы наблюдаются красные полосы лимфангоитов. Со 2 — 4 дня болезни развиваются более или менее тяжелые общие явления: разбитость, сухость во рту, повышение температуры, которая, впрочем, скоро падает ниже нормы, рвота, запоры или понос, сонливость. При понижении температуры и при слабом пульсе может наступить через 4 — 9 дней от начала болезни (а иногда через сутки) смерть.

Течение кожного поражения таково: черный струп, благодаря демаркационному нагноению, отторгается через 6 — 9 дней, оставляя в большинстве случаев хорошо гранулирующую язву, которая постепенно выполняется и заживает рубцом. В тяжелых случаях гангренозный струп значительно увеличивается в глубину и по периферии, достигая 6 — 9 сантиметров в диаметре; лимфатические сосуды и железы сильно припухают; в окружающей отёчной ткани образуются пузыри с кровянистым содержимым, переходящим в язвы. В этих случаях общее состояние делается тяжелым, и болезнь нередко ведет к смерти.

Распознавание основывается на характерном виде опухоли с черным струпом, окруженным кольцом пузырьков. *Фурункул и карбункул*, с которыми можно бы смешать сибирскую язву, имеют омертвевый стержень.

Предсказание. Болезнь тяжелая, нередко приводящая к смерти. Однако, *pustula maligna* в $\frac{2}{3}$ случаев проходит даже без лечения (Bourgeois). Тяжесть процесса далеко не всегда параллельна интенсивности внешних проявлений, так как конечный исход обуславливается влиянием болезни на общее состояние. Поэтому иногда при ничтожных кожных изменениях получается смертельный исход и, наоборот, иногда при больших кожных разрушениях болезнь оканчивается благополучно.

Причину болезни составляют сибиреязвенные бактерии, *bacillus anthracis* — палочки в 5 — 10 μ длины и 1 — 2 μ ширины, склады-

вающиеся в длинные цепочки, размножающиеся на всех питательных средах. В бациллах эндогенно образуются споры, отличающиеся значительной стойкостью.

Патологоанатомические изменения. Струп образуется омертвевшим эпидермисом. Сосочки под струпом увеличены, отёчны, пронизаны лейкоцитами и красными кровяными шариками. Инфильтрация простирается в глубину. Лимфатические сосуды набиты сибиреязвенными бациллами. Последние содержатся в струпе, но в дегенеративных формах. В местах начинающегося отторжения струпа содержатся стафилококки как вторичная инфекция.

Лечение. Издавна борются два метода лечения: оперативный и консервативный. Первый имеет целью путем больших разрезов удалить бациллы и путем прижиганий едким кали, карболовой кислотой и пр. убить бациллы. Против этого метода возражают, что всякая травма открывает ворота бациллам для поступления в кровь. Однако, впрыскивания 2 — 5% раствора карболовой кислоты по окружности опухоли приносят несомненную пользу. Консервативный метод, предоставляющий покой пораженному члену, в то же время рассчитывает на влияние внутренних средств, из которых в настоящее время применяются с успехом сибиреязвенная сыворотка и сальварсан.

Большое значение имеет профилактика. С профилактической целью во всех государствах действуют определенные правила, предписывающие изоляцию больного скота, дезинфекцию помещений, устанавливающие определенный надзор на бойнях и на заводах, на которых обрабатываются кожи, волос и пр.

Сап.

(Malleus.)

Сап у человека развивается вследствие соприкосновения с однокрышными животными (лошадью, ослом, мулом), зараженными сапом. Болезнь выражается образованием пустул, язв и узлов в коже и слизистых оболочках. Пустулы на коже получаются из начального красного пятна, подобного укусу насекомого, имеют величину горошины, наполнены сначала серозным или серознокровянистым содержимым, вскоре переходящим в гнойное, окружены красным воспалительным ободком. Они походят на оспенные пустулы, но без пупкообразного вдавления. Количество их может быть очень большим, вследствие новых высыпаний, причем они находятся в разных стадиях развития. По прошествии нескольких дней пустулы разрываются и превращаются в язвочки.

Узлы являются то в форме безболезненных опухолей, очень скоро переходящих в нагноение, то в виде интенсивно красных и очень болезненных опухолей, содержимое которых состоит из крови или кровянисто-гнилостной массы.

Иногда бывают ярко-красные пятна, напоминающие рожу.

На слизистой носа, часто принимающей участие в страдании, развиваются пустулы и узлы, переходящие в язвы, которые могут разрушать хрящи носа, раковины, носовую перегородку и твердое небо. То же может быть в зеве, гортани, бронхах, в легких. Получается охриплость, дурной запах выдыхаемого воздуха, кашель и другие явления бронхопневмонии с красноватой, пенисто-гнойной вонючей мокротой.

Очень часто поражаются суставы, в которых обнаруживается выпот. В мышцах образуются размягчающиеся вследствие нагноения узлы. Селезенка увеличивается. Иногда бывают сильные поносы. Страдание сопровождается более или менее значительным повышением температуры.

Отличают острую и хроническую форму сапа, причем острая не переходит в хроническую, а последняя может переходить в острую. При острой форме процесс с местного очага в коже или слизистой быстро переходит на внутренние органы, развиваются явления общей инфекции, при высокой температуре, и через несколько дней может наступить смерть при тяжелых явлениях септицемии. При хронической форме болезнь остается местной в коже и может тянуться многие годы, иногда оканчиваясь выздоровлением, иногда переходя в острую форму, быстро приводящую к смерти, но большею частью оканчиваясь смертью вследствие сильного истощения, причиняемого огромными абсцессами, воспалением лимфатических сосудов и вен и изнурительной лихорадкой.

Причину болезни составляют сапные бациллы, имеющие вид палочки 2 — 5 μ и 0,5 μ ширины, хорошо красящейся в щелочном растворе метиленовой синьки, особенно пышно растущей на картофеле (желтоватый, затем красноватый налет). Они содержатся в узлах, абсцессах, крови, носовой слизи и проч.

Патологоанатомические изменения состоят в *endo-mesoperivascularitis*, тромбозе сосудов и инфильтрации ткани, главным образом, многоядерными лейкоцитами с примесью плазматических, тучных и эпителиоидных клеток. Среди инфильтрата, преимущественно вокруг тромбозированных вен, расположены группами сапные бациллы.

Предсказание. Болезнь крайне тяжелая. Описаны лишь единичные случаи выздоровления от острого сапа. Хронический сап также в большинстве случаев приводит к смерти или переходит в острую форму, или причиняет истощение продолжительными и обширными нагноениями.

Распознавание вообще довольно трудное. При невыраженности кожных явлений сап смешивают с тифом, сепсисом, суставным ревматизмом. Только образование узлов дает подозрение на сап. Животным, с целью распознавания, делают подкожное впрыскивание маллеина, действующим началом которого являются токсические вещества сапных бацилл, убитых высокой температурой. После впрыскивания маллеина у больных животных получается реакция местная (болезненная припухлость в месте впрыскивания) и общая (повышенная температура, усиление течи из носа). Есть наблюдения, указывающие на возможность пользования маллеином с распознавательной целью и у человека.

Но точный диагноз становится на основании бактериологических исследований содержимого не вскрытых пустул и абсцессов, крови и сока припухших лимфатических желез. Кроме того, пользуются реакцией агглютинации и преципитации кровяной сыворотки и реакцией связывания комплемента.

Лечение должно состоять в дезинфекции язв, выскабливании их с последующим прижиганием термокаутером; в промывке носа дезинфицирующими средствами (*kalii hypermanganicum*, *acidum carboricum*).

Благоприятное влияние на общее состояние видели от втираний серой ртутной мази, от больших количеств иодистого калия и впрыскивания маллеина.

Тропическая, восточная или пендинская язва.

(Bouton d'Alep. Bouton de Biscra. Bouton des pays chauds.)

Пендинская язва или, как её называют в Закаспийской области, пендинка, представляет страдание очень распространенное в Африке: в Марокко, Алжире, Тунисе, Египте и Азии: в Сирии, Месопотамии, Персии, Туркестане, Индии. Для русских врачей она представляет интерес вследствие распространения ее в средне-азиатских республиках: в Туркестане, где она называется Ташкентская язва, Сартовская болезнь, коканка, яман-Джарагат (дурная рана), Чобан, Джемен-пеша-хурда, и в Закаспийской области, где ее называют: Пендинская, Асхабадская, Персидская болезнь, Пенде-Баша, Пенде-Хурда. В Средней Азии её наблюдают в Ташкенте, Самарканде, Коканде, Балхе, в долине реки Мургаба (селение Пенде, Кош и др.), в Мерве, Асхабаде на реке Асхабадке. Кроме того, болезнь наблюдается на Кавказе: в Елизаветполе и Ленкоране и в Крыму — в Евпатории.

Пендинская язва начинается папулой, которая переходит в пустулу и покрывается струпом. Пустула, по разрыве покрывки, а также папула,

покрытая струпом, по снятии струпа, превращается в язву величиною от горошины до сливы, а иногда ладони и больше. Язва заживает неглубоким пигментированным рубцом.

В течении сыпи отличаются три периода: образование папул и превращение их в язвы, цветение язвы и рубцевание.

1. Появлению папул предшествует зуд. На зудящем месте высыпает одна или группа или даже несколько групп папул. Папула представляет твердое небольшое возвышение розового цвета, окруженное розо-



Рис. 65. Пендинская язва. а — лейшмании в инфильтрате.

вым ободком. По прошествии 3—4 недель, редко в первые дни своего появления, на верхушке папулы образуется пустула в виде желтоватой головки, содержащая гной. В других случаях пустулы не образуется, а верхушка папулы некротизируется и вместе с выделяющейся и высыхающей лимфой образует струп желтоватого, зеленоватого, бурого, красно-бурого цвета, смотря по примеси гноя или крови. Из пустулы, по разрыве покрывки, а также из папулы, покрытой струпом, по отторжении его, образуется язвочка. Во все время этих последних превращений периферический красный ободок вокруг папулы увеличивается, возвышается, делается более красным и тогда образование напоминает по внешнему виду фурункул.

II. Язва, образовавшаяся на месте папулы, в первое время увеличивается, доходя до величины грецкого ореха или сливы. Другой способ увеличения язвы — это слияние изъязвленных папул. Общее свойство язв таково: дно язвы неровное, покрыто грануляциями, иногда так резко выраженными, что дно язвы напоминает рыбью икру. Цвет дна вначале саленый, вследствие скопления гноя, а затем дно очищается, делается красным, а отделяемое язвы более серозным. Края резко обрезанные, непосредственно переходят в дно, или же подрывные, часто фестончатые, при слиянии многих язв. Через 4—6 месяцев начинается заживление.

Вследствие продолжающихся новых высыпаний картина обыкновенно сложная. Рядом с вышеописанными язвами, весьма часто по периферии язв, располагаются папулы еще без вторичных изменений, папулы-пустулы, папулы с язвочками папулы с корками. Большие язвы также нередко покрываются корками. Язвы могут быть вялые, напоминая «золотушные» язвы, с припухшими, подрывными краями и вялыми грануляциями, или могут быть возвышенными и сосочковидными, с отдельными сосочками или с сосочками, напоминающими цветную капусту или малину.

Вблизи изъязвившихся папул и язв в центральном направлении нередко заметны мало чувствительные розоватые шнуры — утолщенные лимфатические сосуды, а по ходу их прощупываются характерные узлы, от горошины до боба, то под кожей, подвижные, то сращенные с кожей, телесного или багрового цвета. Узлы встречаются в $\frac{2}{3}$ — $\frac{3}{4}$ всех случаев пендинской язвы. Это не лимфатические железы, так как наблюдаются и там, где желез нет. Иногда они воспаляются, нагнаиваются и переходят в язвы.

Количество язв различное: бывает одна, несколько и больше 100. Они обыкновенно занимают открытые части: лицо, шею, предплечье, кисти (но не ладони), голени, стопы; язвы вытянуты по линиям растяжимости кожи Лангера.

III. После более или менее продолжительного времени (в среднем 4—6 месяцев) язвы начинают рубцеваться. Рубцевание обыкновенно идет медленно и заканчивается образованием поверхностного, неспаенного рубца, в середине белесоватого, по периферии пигментированного.

Субъективные ощущения ничтожные или совсем отсутствуют. Вначале бывает небольшой зуд, при воспалительном раздражении язв бывает боль, вообще же язвы безболезненны.

Общее состояние мало затрагивается. Лишь при многочисленных язвах или при воспалительных наблюдается небольшое повышение температуры и общее недомогание.

Причиной болезни служит паразит *leishmania*, принадлежащий к protozoa (binucleata, сем. *trypomastixidae*). Лейшмании имеют величину 2—4 μ , яйцевидную форму, главное круглое и добавочное палочковид-

ное ядро, протоплазму, окрашивающуюся по Giemsa в синий цвет и в центре едва заметную светлую вакуолу; от добавочного ядра отходит жгутик. В пораженной ткани они помещаются большей частью в эндотелиальных элементах. На агаре дают большие розетки, соприкасаясь жгутиками. Кроме восточной язвы, лейшмании вызывают болезнь индийскую *kala-azar* (или тропическую спленомегалию). Отличают *leishmania Donovanii*, *infantum* и *furunculosa seu tropica*. Лейшмания, обуславливающая образование восточной язвы, менее вирулентна и потому при названной болезни почти не бывает общих расстройств. Болезнь вызывается у человека и животных прививкой лейшмании. Передается человеку от собак, кошек и через насекомых: клопов, блох, мух, комаров.

Патологоанатомические изменения состоят в пропитывании *corii* и отчасти подкожной клетчатки круглоклеточным инфильтратом, состоящим из разнообразных клеток: из лимфоцитов, плазматических и тучных клеток, нейтрофилов и эозинофилов, но особенно из крупных эндотелиальных (эпителиоидных) клеток, в которых, главным образом, и содержатся паразиты. В соединительной ткани происходит гиалиновое перерождение и частью некроз. В эпидермисе — образование пузырьков, содержащих гнойные клетки. Узлы состоят также из круглоклеточного инфильтрата.

Для распознавания имеют значение узлы вблизи язв, не встречающиеся ни при какой другой кожной болезни, малая чувствительность язв, расположение их на открытых частях и особенно нахождение лейшманий в соке неизъязвившихся папул и узлов и в кусочках ткани, удаленных острой ложечкой из краевых частей язвы.

Лечение. От хирургического лечения можно ожидать пользу при двух условиях: когда нет еще лимфангоитов и когда ослепительно удаляется все пораженное. В противном случае получится лишь ухудшение. Цель лечения — убить лейшманий, что, однако, достигается с трудом. С этой целью язвы присыпают *kalio hypermanganico*, перевязывают мазью из равных частей метиленовой синьки, вазелина и ланолина, 30% хинной мазью, также гипохлоридом кальция; замораживают жидкой угольной кислотой, нагревают диатермией. Кроме того применяют общее лечение в форме внутривенных вливаний сальварсана и рвотного камня (*tartarus emeticus*, 1% водный раствор по 5—10 см³, 15—30 вливаний) и подкожных выпрыскиваний висмута. В одном наблюдавшемся в нашей клинике случае¹ неосальварсан не дал никакого успеха, а вливание рвотного камня дало резкий благоприятный результат.

В виду того, что болезнь склонна к самоизлечению, хотя и через продолжительное время (до 6 месяцев и более), нередко ограничиваются индифферентными мазями (*ung. boricum*).

¹ А. Т. Аккобжанянц. Случай пендинской болезни. Сообщено в Донском дерматологическом и венерологическом обществе 30 ноября 1924 г.

Проказа.

Lepra. Elephantiasis graecorum.)

Проказа известна с глубокой древности. Она была (и есть до сих пор) в Египте, Финикии, Палестине, Индии, Китае, Греции, Италии. Моисей в Библии (Левит, гл. 13), за 1 600 лет до нашей эры, дает описание болезни (*Zogaat*). Правда, вполне вероятно, что под именем *Zogaat* в Библии описаны многие болезни, все же едва ли возможно отрицать, что в числе их была проказа.

В средние века проказа сильно распространилась в Западной Европе. В Ревеле она известна с 1227 г., на острове Эзеле с 1240 г. Значительное распространение проказы привлекло внимание общества и правительств, что привело к массовому устройству изоляторов — лепрозориев.

Эта система мероприятий оказалась настолько действительной, что широкое распространение болезни прекратилось, и она осталась лишь в некоторых отдельных местах, преимущественно приморских.

В России более ясные сведения о болезни относятся к царствованию Иоанна III (1462), но, по всей вероятности, проказа существовала в Киевской земле ранее этого, так как южная Россия была в постоянных сношениях с Востоком, а именно с Грецией.

Относительно Донской области имеется документ 1776 года воронежской духовной консистории, посвященный вопросу о разводе, в случае заболевания одного супруга «крымкой», как называлась (и доселе называется) проказа. В Войсковом архиве имеется дело 1795 года о постройке нового дома в Васильевском лепрозории, который был между Аксаем и Новочеркасском. Но с семидесятых годов прошлого столетия система лепрозориев была признана ненужной, и потому Васильевский лепрозорий был закрыт.



Рис. 66. *Leprosy tuberosa*.

В 1883 г. проф. Г. Н. Минх нашел в Донской области 56 больных. По данным медицинского департамента за 1895 г. их было 69, а по исследованиям д-ра А. А. Гринфельда в том же 1895 г. в одном Ростовском округе прокаженных было 173. В кожную клинику Донского университета, за 10 лет существования ее, обратилось 65 прокаженных.

Сколько-нибудь точной статистики мы не имеем, но есть основание думать, что проказа довольно распространена в Донской области и постепенно увеличивается.



Рис. 67. *Leprosy maculo-anaesthetica*.

Проказа в СССР наблюдается также в Астраханской губернии, на Кавказе, в Закаспийской области, в Туркестане, в Забайкальской и Якутской областях, на Камчатке, в Крыму, по берегам Балтийского моря и в других местах.

Проказой довольно обильно поражена Греция (остров Крит), Азия, Африка, Америка.

Причиной болезни считают палочку Ганзена (Hansen, 1873), находимую в лепромах в очень большом количестве. Палочка — кислотоупорная; походит на туберкулезную, но короче и толще ее. Культивиро-

вание палочки еще не достаточно разработано. Прививка животным лишь в отдельных случаях дала положительный, хотя недостаточно еще установленный, результат. Палочки проказы находят в моче, в выделении влагалища, в носовой слизи, в отделениях язв, но особенно в большом количестве в самой пораженной ткани. Мазок с вырезанного кусочка пораженной кожи, при окраске по Граму, обнаруживает массу лепрозных бацилл.

Заразительность болезни признается очень многими авторами, но степень заразительности, видимо, незначительная. Инкубационный период точно не определен. Его считают в 3—5 лет, но думают, что он может продолжаться 15, 20 и 30 лет. Указывают и более короткий срок, в 10 месяцев.

Болезнь начинается очень неопределенными продромальными явлениями в виде общего недомогания, слабости, лихорадки, нервных явле-

ний: зуда, ощущения ползания мурашек, онемения и др. На коже могут появляться пятна эритемы с пузырьками. Все эти явления то усиливаются, то проходят.

Продолжительность продромального периода неопределенная, от нескольких месяцев до нескольких лет.

Сообразно с кожными изменениями проказу разделяют на две формы: *lepra tuberosa*, собственно кожная проказа, не затрагивающая нерв-

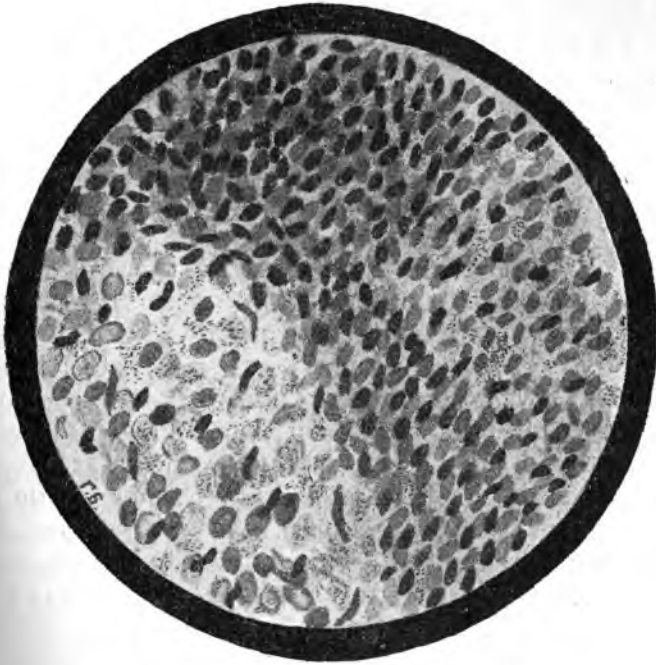


Рис. 68. *Lepra*. Палочки в инфильтрате.

ной системы, и *lepra nervosa, maculo-anaesthetica*, затрагивающая не только кожу, но еще в большей степени нервную систему. Нередко эти две формы существуют у больного одновременно и тогда говорят о *lepra mixta*. Но, кроме того, при *lepra tuberosa* нередко некоторые узлы обнаруживают анестезию. Из этого видно, что приведенное деление является условным.

Бугорковая форма, *lepra tuberosa* (рис. 66) обнаруживается высыпанием пятен и узлов, самой разнообразной величины, красного, буровато-красного цвета. Иногда центр их обесцвечивается, а края расширяются. Получаются кольцевидные пятна. Течение их вообще очень продолжительное, но иногда они совершенно исчезают самостоятельно,

не оставляя следа. На эти пятна нужно смотреть, как на лепрозный инфильтрат, мало выраженный.

Узлы, различной величины, от просяного зерна до грецкого ореха, развиваются из пятен или самостоятельно. Они тверды на-ощупь, цвет их бледно-красный или буро-красный, поверхность гладкая, иногда на больших узлах заметны расширенные сосуды. Нередко поверхность узлов анестезирована. Узлы то сидят в собственно коже, то в подкожной клетчатке. Они то разбросаны поодиночке, то сливаются в большие узловатые поверхности. Любимым местом узлов являются лицо, кисти, предплечья и нижние конечности. Но может поражаться любая область кожи. Кожа лица, покрытая слившимися узлами, сильно утолщенная, с утолщенными и нависшими бровями, напоминает лицо льва, откуда и название *facies leonina*. Узлы могут переходить в язвы. Язвы в одних случаях поверхностные, в других глубокие, разрушающие подлежащие части, включая кости. Таким путем уничтожаются целые фаланги, кости носа и др.

Лепрозные узлы поражают и слизистые: конъюнктивы, носа, рта, зева, гортани, бронхов, глазные яблоки и внутренние органы: наичаще яички, реже легкие, печень, селезенку и др.

Течение бугорковой проказы в редких случаях бывает острым и приводит к смерти, при повторных лихорадочных приступах до 40—40,5° Ц, в течение нескольких месяцев. Обыкновенно болезнь течет хронически, годами, при смене лихорадочных и безлихорадочных периодов. Частые лихорадки, невралгии, желудочно-кишечные расстройства, язвы приводят в конце концов к кахексии и смерти. В среднем продолжительность жизни 10½ лет у мужчин и 11 лет у женщин.

Нервная, анестетическая, или пятнисто-анестетическая форма проказы, *lepra maculo-anaesthetica* (рис. 67), поражая кожу, в то же время поражает и нервную систему.

Собственно кожные изменения при этой форме менее бросаются в глаза, чем при бугорковой форме. Они состоят в пятнах и пузырях. Пятна бывают различного цвета: красные (вследствие гиперемии с инфильтрацией), темные (пигментные) и белые (лишенные пигмента). Пигментные и беспигментные пятна образуются из красных или самостоятельно.

Величина пятен самая разнообразная: от просяного зерна до ладони и более. Сливаясь они занимают большие поверхности, испещряя кожу наподобие географической карты. Расположение пятен большею частью бывает симметричным на правой и левой половине тела.

Поверхность их гладкая, редко с небольшим шелушением. Края ясно очерчены и нередко слегка возвышены по сравнению со средней атрофированной частью. Очевидно, лепрозный инфильтрат распространяется по периферии, атрофируясь в центре.

Но самое характерное свойство пятен — это анестезия их.

Пузыри (*emphigus leprosus*) бывают разной величины, от горошины до грецкого ореха и более. Наичаще они образуются на конечностях. Пузыри появляются без воспалительной реакции, которая присоединяется лишь через некоторое время. Содержимое их вначале прозрачное, затем мутнеет. Оно содержит лепрозные палочки. По разрыве покрышки на месте пузыря остается ссадина, переходящая в более или менее поверхностную язву, существующую в течение долгого времени и медленно заживающую рубцом, поверхность которого также обнаруживает анестезию.

Первые изменения при описываемой форме проказы довольно разнообразны. Они состоят в изменении чувствительности, припухании нервных стволов, атрофии мышц и трофоневротических язвах.

Изменение чувствительности в форме анестезии представляет симптом довольно характерный для проказы. Выше мы говорили об анестезированных пятнах. Но анестезией поражаются и здоровые по виду участки кожи.

Анестезированные участки нередко располагаются симметрично, занимая, напр., верхние или нижние конечности. Это дает основание считать, что анестезия может зависеть не только от поражения периферических нервов, на что указывают утолщения нервных стволов и нахождение лепрозных палочек в Паччиниевых тельцах, но также и от поражения центральной нервной системы. В согласии с последним предположением стоит нахождение лепрозных бацилл в клетках спинного мозга и в межпозвоночных узлах.

Потеря чувствительности идет в таком порядке: сначала утрачивается температурное чувство, и больной может получать обширные ожоги, сам не замечая этого. Затем утрачивается болевое чувство и, наконец, чувство прикосновения и давления.

Кроме того, иногда наблюдается извращение чувствительности. Например, горячий предмет кажется холодным, и наоборот. Также бывает запаздывание ощущений. Например, прикосновение горячим предметом вначале дает лишь ощущение прикосновения, без всякого температурного ощущения и лишь через некоторое время получается ощущение тепла.

Выше указано, что анестезия является характерным симптомом проказы, но необходимо сказать, что периоду анестезии предшествует период гиперестезии: общее повышение чувствительности кожи и невралгические боли в разных участках тела.

Характерным для нервной формы проказы является также припухание нервных стволов. Особенно часто из доступных наблюдению нервных стволов поражается локтевой нерв, который утолщается в 2 — 3 — 4 раза.

Атрофический процесс касается мышц, кожи и костей. Мышечные атрофии наблюдаются всего чаще. Они развиваются на лице, конечностях и реже на туловище.

На лице атрофируется круговая мышца глаз (*lagophthalmus*), круговая мышца рта, мышцы носа и другие.

На кистях атрофируются мышцы возвышений большого и малого пальцев, межкостные, на предплечьях — разгибатели. Вследствие всего этого пальцы прижимаются к ладони. На стопах и голених — подобные же процессы и те же последствия. При дальнейшем развитии атрофируются и другие мышцы конечностей, а также и различные мышцы туловища.

Атрофированная кожа представляется истонченной, сухой; она не выделяет ни пота, ни жира. Такая кожа ломкая, легко трескается и изъязвляется.

Атрофия костей чаще всего наблюдается на пальцах рук и ног. Кости фаланг истончаются, делаются ломкими и рассасываются (мутиляция).

Трофоневротические язвы чаще бывают на конечностях в форме прободающей язвы стопы или изъязвляющегося *panaritium*'a.

Течение болезни измеряется годами и десятками лет. Средняя продолжительность жизни 17 лет.

Патологоанатомические изменения состоят в кругло-клеточном инфильтрате, наиболее сосредоточивающемся в окружности сосудов, желез и нервов. Характерными являются большие «лепрозные клетки» Вирхова, содержащие вакуолы и лепрозные бациллы.

Вакуолы окружены гомогенным липоидным веществом, окрашивающимся особенно хорошо метил-виолетом в препаратах, фиксированных в формалине и разрезанных на замораживающем микротоме, без действия спирта, который растворяет липоид. При такой окраске можно находить субмилиарные узелки из лепрозных клеток даже там, где обычная окраска ничего не дает.

В течении проказы замечаются периоды улучшения, когда инфильтраты уменьшаются, силы больного восстанавливаются, и периоды ухудшения, сопровождающиеся лихорадочными движениями, отложением новых инфильтратов, образованием язв и проч.

Для лечения болезни предложена масса средств. Но из всех их, повидимому, только одно, несомненно, оказывает благоприятное влияние, а в некоторых отдельных случаях, по заявлению авторов, даже приводит к излечению. Это — *oleum Chaulmoograe* (масло Шольмоогры), добываемое из семян индийского растения *Taractogenos Kurzii*. Его употребляют в каплях, от 30 до 200 капель в день. Требуются именно самые большие дозы и в течение очень продолжительного времени — месяцев и годов. Для облегчения желудка в последнее время часть

лекарства вводят подкожно. Следующая формула (Jeanselme-Noiré), применяемая в нашей клинике, хорошо переносится больными.

Rp. Guajacoli puri 4,0, camphorae triticae 0,35, vaselini liquidi 20,0, ol. Chaulmoograe lavati cum spiritu vini et filtrati 20,0. M. D. S. Для подкожного впрыскивания до 1—2 куб. см.

Местно имеет значение рентгенотерапия (W. 10, 1 миллим. фильтр, E. D. $\frac{3}{4}$ — 1).

Под влиянием многомесячного лечения *ol. Chaulmoograe* и повторного многократного применения рентгенотерапии мы наблюдали в одном случае значительное улучшение в отношении всасывания узлов *leprae tuberosae*.

Рёст (Rest) наблюдал улучшение и излечение проказы под влиянием предложенного им лепролина. Это — токсин, полученный путем асептической фильтрации и затем концентрации культур лепрозных бактерий.

Лепролин вызывает общую реакцию и местную в лепромах.

Дейке (Deuske) предложил для лечения настиг, представляющий собою эфирную вытяжку из полученной им из лепромы разводки стрептотрихеи. Описаны случаи излечения настигом.

В последнее время предложены для лечения проказы некоторые составные части Шольмоогравого масла: 1) Рожé (Roger) предложил натриеву соль гинокардиевой кислоты, *natrium gynocardicum*, 3% раствор с прибавлением $\frac{1}{2}$ % раствора лимоннокислого натрия, в дозах $\frac{1}{2}$ — 5 куб. см в вену или мышцу через 3 дня. Это предложение составило большой прогресс в терапии проказы. Болезнь заметно улучшается и даже проходит (по крайней мере, видимое выздоровление). 2) Гольман (Hollman), Мак Дональд (Mac Donald) и Дин (Dean) предложили для лечения проказы этиловые эфиры жирных кислот из масла Шольмоогры и сообщают о 42% выздоровления (видимого). Употребляют эфиры с креозотом (этиловый эфир 1 куб. см, креозот 1 куб. см, камфора 1,0, прованское масло 2,5 куб. см по 1 — 5 куб. см раз в неделю). Описываются результаты еще лучшие, чем от *natrium gynocardicum*.

Из рыбьего жира выделена кислота (*natrium morrhuaicum*), которую, по заявлению некоторых авторов, можно также с пользой применять при проказе.

Thymolum применяется в виде подкожных и внутримышечных впрыскиваний, в 10% растворе в *oleum provinciale*, 4 куб. см, через 3 дня. По описанию авторов узлы уплощаются, анестезии уменьшаются, язвы рубцуются, самочувствие улучшается, силы нарастают, вес увеличивается. В нашей клинике серия больных пользовалась тимолом. Действительно, мы наблюдали уменьшение узлов, но особенно улучше-

ние самочувствия, увеличение бодрости и повышение работоспособности. Еще лучшие результаты мы получаем от подкожных впрыскиваний (2 — 5 куб. с.) моогроля (этиловый эфир жирных кислот из Шольмоогрового масла). Описывают также хорошее влияние замораживания жидкой угольной кислотой (6 — 7 сек.) узлов проказы.

Важное значение имеет общая гигиеническая обстановка и местный уход за пораженной кожей.

Против распространения болезни рекомендуется изоляция больных и лучше всего в хорошо обставленных, в смысле воздуха и питания, колониях.

Что изоляция прокаженных играет огромную роль в деле ограничения распространения болезни, мы видим это из истории средних веков, когда, как упомянуто выше, была создана масса приютов для прокаженных, и эпидемически распространившаяся болезнь была сведена до ничтожных размеров. Но особенно убедителен пример Норвегии, где в 1856 году был издан закон об изоляции всех прокаженных, и к 1907 году количество этих больных уменьшилось с 2 833 до 438. В СССР существует несколько колоний-лепрозориев: близ Ленинграда (Крутые ручьи), в Сибири, в Терском и Кубанском округах, но этого слишком недостаточно. В Донской области нет никакого приюта для прокаженных.

Создание колоний, хорошо обставленных и в медицинском отношении, составляет важную государственную задачу.

Туберкулезные страдания кожи.

Туберкулез обнаруживается в коже разнообразными формами болезни, отличающимися между собой как морфологией сыпи, так и течением ее.

Эта многочисленная группа кожных страданий в общем представляется еще не окончательно обработанной, так как, с одной стороны, она до последнего времени пополняется новыми членами, в которых заподозревают более или менее близкое отношение к туберкулезу, а с другой стороны, не только новые, но некоторые и из более старых членов ее еще не находят полных доказательств своей принадлежности к туберкулезу. Как известно, такими доказательствами являются: 1) известные патолого-анатомические изменения (бугорок из лимфоидных, эпителиоидных и гигантских клеток); 2) присутствие в пораженной ткани туберкулезных bacill и 3) удачные прививки пораженной ткани животным. Этим условиям удовлетворяют лишь немногие формы болезни, которые, собственно говоря, и можно назвать туберкулезными страданиями кожи. Таковы: *tuberculosis cutis miliaris*, *tuberculosis cutis verrucosa*, *scrophuloderma* и *lupus vulga-*

гис. Впрочем, последнее страдание некоторые авторы не считают еще возможным отнести в группу туберкулеза, основываясь на некоторых особенностях в гистологическом строении (значительное развитие сосудов в противоположность типическому бессосудистому бугорку) и, главным образом, на неудачных прививках животным (Гиммель и др.).

Кроме указанных, к туберкулезу относят целый ряд других крайне разнообразных страданий кожи, объединенных в группу «туберкулидов», которые, как предполагают, вызываются не палочками бугорчатки, а их токсинами. Таковы: *lupus erythematosus*, *lichen scrophulosorum*, *erythema induratum*, *folliculitis*, *acnitis*, *tuberculide papulo-nécrotique* и *papulo-pustuleuse* и др. Группа туберкулидов, созданная в недавнее время, находится еще в стадии разработки и служит предметом разногласий по отношению к составляющим ее членам.

Язвенная бугорчатка кожи.

Tuberculosis cutis miliaris. Ulcus tuberculosum.

Это страдание является самым выраженным и бесспорным представителем туберкулеза кожи. Оно аналогично острой просовидной бугорчатке легких, которую и сопровождает в большинстве случаев. Патолого-анатомической основой страдания является просовидный бугорок — очень маленький, с булавочную головку, очень наклонный к регрессивным изменениям.

Однако, не всегда удастся наблюдать отложение самых просовидных бугорков в коже. Вследствие большой склонности их к распаду, обыкновенно мы имеем уже дело с язвой. Отсюда нередко употребляемое название болезни *ulcus tuberculosum*.

Язва имеет следующие свойства. Величина ее различная. Маленькая вначале, в несколько миллиметров в диаметре, она склонна увеличиваться по периферии через отложение в краях ее и последовательное изъязвление просовидных бугорков, достигая, таким образом, величины нескольких и даже многих сантиметров в диаметре; форма круглая. Края мелко-фестончатые — знак образования язвы из милиарных бугорков, острообрезанные, иногда подрывные, синевато-красного цвета, вялые, по местам изъеденные; язва поверхностная. Дно ее не углубленное, или мало углубленное, бледно-красное, вялое, неровное, мелко-зернистое, усеянное маленькими желтовато-красноватыми возвышениями — милиарными бугорками. Отделяемое язвы незначительное, серозно-гнойное. Окружающая ткань не инфильтрирована. В краях и дне язвы можно определить лишь ничтожное воспалительное, тестоватое и расплывчатое уплотнение. В ближайшей окружности язвы

нередко можно видеть характерный милиарный бугорок, быстро переходящий в маленькую пустулку и затем превращающийся в поверхностную язвочку, которая в конце концов сливается с большой язвой.

Чувствительность язвы различная: в одних случаях ничтожная, в других резко повышена.

Страдание поражает и слизистые оболочки: языка, нёба, зева, прямой кишки, влагалища. В общем картина на слизистых такая же, как и на коже: язвы поверхностные, вялые, с вялыми, невозвышенными и неинфильтрированными, мелко-фестончатыми краями, с бледно-красным, мелко-зернистым дном; по периферии можно видеть милиарные бугорки. Здесь чувствительность язвы обыкновенно повышенная.

Близлежащие лимфатические железы иногда увеличены.

Излюбленным местом страдания в коже является окружность естественных отверстий тела: рта, носа, прямой кишки, влагалища.

Наи чаще процесс распространяется со слизистой на кожу, имея своим начальным пунктом туберкулез внутренних органов, особенно легких и кишечника. Но в некоторых случаях первично поражается кожа, с которой процесс переходит на слизистые. Наблюдаются случаи и исключительно кожного туберкулеза, развивающегося вдали от слизистых, например, на конечностях.

Гистологическое исследование язв обнаруживает типическое строение просовидных бугорков, состоящих из лимфоидных, эпителиоидных и гигантских клеток, и обильное содержание туберкулезных бактерий.

Распознавание нужно ставить по отношению к следующим болезням:

1. *Lupus ulcerosus* отличается находимыми по периферии люповыми узелками, от просяного зерна до чечевицы, желтовато-красного цвета, плотными, мало наклонными к распаду, а также — очень медленным ростом и течением. По Лангу, отношение волчанки к милиарному туберкулезу такое же, как отношение хронически протекающей затяжной чахотки легких к острой просовидной бугорчатке легких. В то время как волчанка причиняет значительные разрушения лишь в течение многих годов, милиарный туберкулез может причинять их в течение месяцев.

Кроме того, волчаночная ткань значительно богаче сосудами и потому относительно легко дает кровотечение при механическом раздражении. Наоборот, ткань, пораженная милиарным туберкулезом, бедна сосудами (собственно просовидный бугорок бессосудистый) и мало наклонна к кровотечению. Наконец, *lupus ulcerosus* обыкновенно комбинируется с *lupus tuberculosus*, *hipertrophicus* и др.

2. *Плоский кожный рак, ulcus rodens*, дает поверхностную язву, с плотными, слегка возвышенными краями, состоящими из слившихся начальных раковых бугорков, беловатого или розового цвета, как бы

просвечивающими, с перламутровым блеском, в противоположность мягким, невозвышенным синевато-красным краям туберкулезной язвы. Рак развивается в пожилом возрасте, а туберкулез кожи в относительно молодом возрасте.

3. *Сифилитические язвы* более глубокие, с салным дном, с уплотненной периферией, с ясно возвышенными краями.

Предсказание *quo ad vitam* зависит от одновременного туберкулеза внутренних органов. Что же касается собственно кожных изменений, то они иногда сами проходят, вообще же излечимы соответствующими средствами. Предоставленные собственному течению, язвы иногда производят значительные разрушения, напр., уничтожают крылья носа.

При лечении необходимо прежде всего обратить внимание на укрепление организма путем усиленного питания и климатического лечения, как это вообще показано при туберкулезе. Местное лечение состоит в применении средств дезинфицирующих, какова присыпка иодоформом, ксероформом, эврофеном, и особенно средств, разрушающих больную ткань, каковы: смазывание *acido lactico* (*per se*), *kalio hypermanganico* (1:100 до 1:50), выскабливание, выжигание термокаутером, концентрированный свет по Финзену, лучи Рентгена: W. 10, через 1-мм алюминиевый фильтр, 1—1½ E. D. с повторением через месяц.

Трупный бугорок.

(*Tuberculosis cutis verrucosa. Verruca necrogenica.*)

Названное страдание характеризуется образованием плоско-возвышенной бляшки величиною от чечевицы до полтинника, синевато-красного цвета, с поверхностью, покрытою роговыми разрастаниями, напоминающими таковые же при *ichthyosis hystrix*. Лишь небольшой периферический ободок синевато-красного цвета остается свободным от роговых наслоений. Бляшка склонна увеличиваться по периферии. Обыкновенно она одиночная, но иногда по соседству и в отдаленной местности образуются подобные же бляшки.

Локализация чаще на верхних конечностях (тыл кистей и пальцев).

Течение продолжительное. При заживлении сначала постепенно сглаживаются роговые наслоения, а затем инфильтрат постепенно уплощается, сначала в центре, и, наконец, исчезает, оставляя рубец.

Патологоанатомические изменения — как вообще при туберкулезе, но с одновременным разрастанием сосочков и рогового слоя, как при ихтиозе.

Причину болезни составляет туберкулезная палочка. Болезнь наблюдается у лиц, соприкасающихся с туберкулезными людьми, животными и трупами. Благодаря последним болезнь называют трупным бугорком.

Для лечения применяют вырезывание, выскабливание, выжигание Пакленом, химические прижигающие средства, Финзен и Рентген (как выше).

Кожная золотуха.

(Scrophuloderma.)

Scrophuloderma наблюдается в молодом возрасте у лиц «золотушных», отличающихся бледностью, малокровием, катаром конъюнктив и слизистой носа, толстым носом и толстыми губами и, главное, опуханием лимфатических желез.

Scrophuloderma представляет опухоли, величиною в лесной орех и более, багрового цвета, размягчающиеся и образующие вялые язвы.

Опухоли образуются или прямо в коже и подкожной клетчатке или же имеют исходным пунктом инфильтрированную лимфатическую железу.

При размягчении опухоли кожа прорывается и размягченные массы, в виде жидкого гноя с крошками, выливаются наружу, обнажая язвенную поверхность.

«Золотушные» язвы имеют тонкие, подрывные, свешивающиеся края, багрово-красного цвета, и дно, покрытое вялыми, бледными или бледно-красными, распадающимися грануляциями. Распад ткани распространяется по периферии, и, таким образом, язвы увеличиваются по поверхности.

Опухоли и язвы безболезненны.

После долгого существования, в течение месяцев, наступает рубцевание.

Рубцы имеют характерный вид. Их очертания неправильные. В них образуются углубления, ниши, валикообразные вздутия, кожные отростки и мостики. Это объясняется тем, что узлы вскрываются несколькими отверстиями, между которыми остаются мостики, и тем, что тонкие края язвы заворачиваются, образуя валикообразные вздутия.

При гистологическом исследовании находят бугорки с творожистым перерождением и туберкулезные бациллы. Прививка животным дает положительный результат.

Предсказание, в виду возможного одновременного туберкулеза других органов, нужно делать с осторожностью.

При распознавании нужно иметь в виду *сифилитическую гумму и гуммозную язву*, но последняя имеет плотные края, более живое дно и большую чувствительность. Нужно принимать также во внимание золотушный *habitus* при скрофулодерме и положительную реакцию Вассермана при сифилисе.

Лечение местное состоит в выскабливании, рентгено-терапии (как выше); общее — в средствах, применяемых вообще при туберкулезе.

Волчанка.

(*Lupus vulgaris*.)

Lupus vulgaris (рис. 69, 70, 71, 72) представляет хроническую, очень продолжительную болезнь кожи, более свойственную молодому возрасту и выражающуюся образованием в коже, всего чаще на лице, желтовато-красных или буровато-красных бугорков, с просыное зерно, горошину и чечевицу, рассеянных и сливающихся, которые весьма часто подвергаются язвенному распаду, нередко причиняющему значительные обезображивания.

При своем начальном образовании бугорки не выдаются над поверхностью кожи — *lupus maculosus* и имеют величину с просыное зерно. Но, медленно увеличиваясь, они растут по окружности, и в то же



Рис. 69. *Lupus vulgaris tuberculosus*.

время начинают выступать над уровнем кожи — *lupus tuberculosus*; бугорки могут быть разбросанными, изолированными — *lupus tuberculosus disseminatus*, или же сливаются друг с другом, образуя плоские, маловозвышенные инфильтраты — *lupus confluent tuberculosus*, или, наконец, образуют значительно возвышающиеся с бугристой поверхностью, бляхи — *lupus confluent tuberosus*. Иногда *lupus* сопровождается отеком ткани — *lupus oedematosus*. Иногда вся толща кожи, в которой сидят бугорки волчанки, гипертрофируется, вследствие очень обильно развитой волчаночной инфильтрации, напр., губа утолщается в 2 — 3 раза — *lupus hypertrophicus seu tumidus*. При дальнейшей и более распространенной гипертрофии ткани (чаще на голенях) получается настоящее слоновье перерождение (*elephantiasis*). Узелки волчанки могут иметь самую разнообразную группировку и, таким образом, получается *lupus linearis*,

annularis, а при тесном слиянии получаются бляшки различной величины, округлого очертания — *lupus nummularis*.

Lupus pernio, как показывает самое название, имеет сходство с озноблением. Он развивается на носу, ушах и кистях симметрично и характеризуется тем, что на незначительном, разлитом утолщении

кожи синеватого цвета, с расширенными сосудами, развиваются бугорки также синеватого цвета.

Рост бугорков при волчанке идет очень медленно, и существование их очень продолжительное — многие месяцы и годы. Регрессивные изменения, наступающие в них через продолжительный срок времени, состоят или в атрофии или в изъязвлении.

При атрофии бугорки делаются вялыми, роговой слой начинает шелушиться — *lupus exfoliatus*. Исчезая, бугорки оставляют поверхностные рубцы.

При распадении бугорков получаются язвы, *lupus exulcerans* — большую частью довольно поверх-



Рис. 70. *Lupus vulgaris exfoliatus*.

ностные, мало углубленные, с красным, легко кровоточащим ровным дном, дающим небольшое гнойное отделение, засыхающее в зеленовато-бурые корки, с резко очерченными пологими краями, на-ощупь не представляющие сколько-нибудь выраженного уплотнения дна и краев.

Описанный вид язвы нередко видоизменяется в следующих направлениях: 1) дно принимает сосочковый вид — *lupus papillomatous*, и тогда язвы представляются не только неуглубленными в кожу, но даже лежащими выше уровня ее; 2) язвы углубляются, проходят до подкожной клетчатки, до надхрящницы и хряща, отчего

уничтожаются крылья носа, а также в редких случаях доходят до кости, отчего получаются дефекты и в костной перегородке носа.

Течение язв, так же как и бугорков, очень продолжительное. Живая, они оставляют более или менее глубокие рубцы.

Раз начавшись на известном участке кожи, волчанка дает, хотя медленно, новые и новые высыпи, распространяющиеся то по окружности начальных отложений, то новыми отдельными гнездами по соседству, то, наконец, в одном каком-нибудь направлении. В последнем случае старые бугорки атрофируются и заменяются рубцом, а новые откладываются по одному краю рубца. Получается ползучая форма сыпи — *lupus serpiginosus*.

На слизистых оболочках *lupus* выражается тесно располагающимися маленькими узелками, величиною от булавочной головки до просяного зерна, придающими шагреньвый мелкозернистый вид пораженному участку. Эпителий частью мутнеет, частью отслаивается. Иногда образуется язвенная мелкозернистая поверхность, при заживлении дающая рубец.

Любимое место болезни — лицо и особенно нос, и преимущественно кончик его и щеки. Отсюда болезнь может распространиться по коже — на губы, подбородок, веки, ушные раковины, а также и по слизистым оболочкам — в полости носа и рта, далее в зев и гортань.

С ушных раковин волчанка может распространиться на наружный проход до барабанной перепонки, с кожи век на соединительную оболочку глаз и роговицу в форме *pannus'a*.

Реже, чем на лице, болезнь развивается на конечностях и еще реже на туловище и половых органах. В одной из статистик (Dubois Havenit) из 118 случаев волчанки кожи 109 пришлось на лицо, 8 на верхние конечности и 1 случай на нижние.

На слизистых оболочках она встречается в три раза реже. В статистике Лелуара на 312 случаев кожной волчанки пришлось 109 случаев на слизистых, причем больше всего случаев падает на слизистую носа, затем в нисходящем порядке идут: губы, зев, слезные пути, конъюнктивы, гортань, язык.

Последствия долго продолжающейся болезни бывают различны, смотря по месту, поражаемому ею.



tuberosus.

Найчаще происходит обезображивание лица и особенно носа. Крылья носа в той или другой степени уничтожаются; нос представляется заостренным, как бы изгрызенным, походит на нос барана (*nez de mouton*). Костный скелет его, наоборот, редко подвергается изменениям.

Рубцовые изменения кожи нередко ведут к вывороту нижнего века, а также к сморщиванию и сужению отверстия рта.



Рис. 72. *Lupus vulgaris*. Инфильтрат с гигантскими клетками.

На конечностях рубцы в области суставов ограничивают в той или другой степени подвижность их, а глубокие язвы на пальцах, проникающие до кости, иногда ведут к размягчению и уничтожению той или другой, наичаще первой, фаланги (*lupus mutilans*).

При волчанке иногда наблюдается туберкулез легких, также явления золотухи.

Патологоанатомические изменения соответствует строению бугорка, но с довольно развитой сетью кровеносных сосудов. Туберкулезные палочки находят редко и в малом количестве.

Для распознавания особенно важно отличие от *сифилиса*.

Волчаночные бугорки более желтоватого цвета, прозрачные; их ткань вялая и легко удаляется острой ложкой. Они менее склонны

к изъязвлению. Волчаночные язвы более поверхностные, с краями мало инфильтрованными, с дном красным, с отделением скудным, серозно-гнойным. При волчанке обезображивание менее значительное, тогда как глубокие язвы сифилиса разрушают кости. Волчанка «обгрызает» мягкие части носа (бараний нос), сифилис разрушает кости носа (провалившийся, седлообразный нос). Течение волчанки значительно более хроническое: она причиняет разрушение медленно, в течение годов; течение сифилиса более острое: он разрушает нос в течение месяцев. Волчанка чаще наблюдается в молодом возрасте (16—20 лет), туберкулезный сифилис в зрелом возрасте (30—40 лет).

Причина болезни. Связь волчанки с туберкулезом устанавливается целым рядом фактов. Часто волчаночные больные страдают одновременно бугорчаткой других органов: легких, желез и др. Отмечены случаи заражения (при татуировке, при прививке оспы и др.).

Известны удачные прививки животным. Строение волчаночного бугорка соответствует строению туберкулезной ткани. В волчаночных бугорках находят туберкулезные палочки. Малое количество их, а иногда безуспешные поиски их в волчаночной ткани едва ли могут опровергнуть туберкулезную природу поражения.

Лечение состоит в применении средств, разрушающих ткань, и хирургических: насечек (скарификаций), выскабливания и вырезывания.

Из разрушающих средств применяются следующие:

Argentum nitricum in substantia остро очиненных палочках. Нужно заметить, что палочки ляписа хрупкие, и очинка их должна производиться с осторожностью. В виду этого предпочитают *lapis mitigatus* (сплав с селитрою), хотя он уступает в быстроте разрушающего действия. Палочкой ляписа, при сильном нажимании, разрушают каждый бугорок в отдельности, стараясь возможно основательнее со дна и с краев образовавшегося углубления удалить волчаночную ткань, более мягкую и податливую, чем окружающая здоровая ткань. Можно сказать, что палочкой ляписа мы действуем изолированно на волчаночную ткань, не разрушая или почти не разрушая здоровой ткани.

Pasta arsenicalis Hebrae имеет такой состав:

Rp. Acidi arsenicosi 1,0, cinnabaris 3,0, unguenti cerei (seu emollientis) 24,0. M. D. S. Паста.

Эту пасту густо намазывают на фланель и прикладывают к пораженным местам. Ежедневно, в течение 2—4 дней, старую пасту заменяют новой. На месте волчаночных узелков образуются черные струнья, вследствие омертвения ткани их, причем окружающая здоровая кожа почти не изменяется. По истечении указанного срока де-

лают повязку с ung. diachylon. Через некоторое время струппы отпадают, и если под ними оказывается еще не разрушенная волчаночная ткань, то снова прикладывают пасту. Как осложнение, может быть отёк кожи, который, впрочем, скоро проходит по прекращении лечения. Более серьезно возможное отравление мышьяком вследствие всасывания его с кожи. Чтобы избежать этого, Гебра и Капоззи советуют применять пасту на пространстве не более двух ладоней. Описанный способ дает хорошие рубцы, но болезненен.

Acidum lacticum в мягкой пасте с *terra silicea*. Пасту готовят ex tempore, подсыпая в молочную кислоту порошок кремнезема до желаемой густоты. Ее также намазывают на фланель. Этот способ менее болезненный, но слабее действующий.

Kalium hypermanganicum в видном растворе 1:100 применяется в форме компрессов.

На сечки делают ножом в виде множественных параллельных надразов с таким расчетом, чтобы они захватывали всю толщу волчаночного инфильтрата. Разрезы сами по себе уже способствуют перерождению и распаду инфильтрата. Но чтобы усилить их действие, тотчас после надреза втирают крепкий раствор ляписа (1:10—20).

Выскабливания производятся острой ложкой. Стараются убрать всю больную ткань. По остановке кровотечения присыпают ксероформом (лучше иодоформом) и накладывают повязку.

Вырезывание производится таким образом, что разрез ведется в здоровой коже на расстоянии сантиметра от пораженного участка. При небольшом поражении накладывается шов. При значительном распространении делается пересадка кожи по Тиршу или дефект закрывается лоскутом с соседней или отдаленной области.

Кроме указанных, современная терапия владеет еще двумя физическими методами лечения: светолечением и рентгенотерапией.

Светолечение концентрированным светом, по Финзену, имеет в своей основе изолированное разрушающее действие химических (с короткой волной) лучей света на элементы волчаночного инфильтрата, которые подвергаются хроматолузу, вакуолизации, коагуляционному некрозу и жировому перерождению. В то же время окружающая соединительная ткань уплотняется и частью переходит в рубцовую ткань. Рубцы, получаемые при этом, отличаются гладкостью и правильностью, чем этот способ далеко превосходит все вышеприведенные.

Светолечение ведется при помощи аппарата Финзена или Финзен-Рейна. Главными составными частями этих аппаратов являются:

1. Сильный источник электрического света — дуговая лампа, которая питается постоянным током, имеющим 50—60 вольт напряжения и до 80 ампер силы тока.

2. Сильные выпуклые линзы из горного хрусталя (простое стекло задерживает химические лучи) для концентрации световых лучей. В фокусе их помещается пораженный участок кожи.

3. Компрессор из горного хрусталя, которым сдавливается подвергаемый лечению участок кожи для обескровливания, так как кровь задерживает химические лучи.

В трубе с линзами и компрессоре циркулирует вода для охлаждения аппарата.

Каждый сеанс продолжается $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ часа. Через несколько часов развивается реактивное воспаление, продолжающееся 7—14 дней и выражающееся краснотой, припухлостью, образованием пузырьков и эсцин. По окончании его каждый раз можно видеть уплотнение узелков. Сеансы повторяются до полного исчезновения их.

Светолечение, как сказано, дает хорошие результаты, но требует большого времени, особенно при распространенном поражении, так как в каждый сеанс подвергается действию света участок не более как в $1\frac{1}{2}$ —3 см в диаметре.

Лечебный успех, хотя и меньший, получается также при употреблении кварцевой лампы Кромейера, в которой, при пропускании электрического тока, светятся пары ртути, богатые химическими (ультрафиолетовыми) лучами. Лампа непосредственно прижимается к пораженному участку.

Лечение светом применяется к неизъязвленным формам волчанки; лечение же волчаночных язв представляет неудобство в том отношении, что сильное прижатие компрессора и кварцевой лампы вызывает раздражение и кровотечение, что препятствует должному влиянию световых лучей на больную ткань.

При язвенных формах хорошее действие оказывают лучи Рентгена (как при *ulcus tuberculosum*).

В нашей клинике в 1925 г. пользовалось Рентгеном 13 больных с хорошим результатом.¹

Эритематозная волчанка.

(*Lupus erythematosus*.)

Lupus erythematosus (рис. 73) выражается образованием красных шелушащихся пятен, в 0,5 см и более в диаметре, лежащих вровень с окружающей кожей или немного возвышавшихся, увеличивающихся по периферии. Через некоторое время центральная часть западает, обесцвечивается, освобождается от чешуй и делается гладкой, вследствие рубцевого изменения ткани, тогда как по периферии остается

¹ Хаспеков. Цит. выше.

Болезни кожи.

красноватый, шелушащийся, слегка возвышающийся валик. Чешуи, покрывающие красные пятна, серовато-беловатого цвета, количество их не обильное; они держатся довольно плотно, иногда по снятии можно видеть на их внутренней поверхности отростки, входившие в расширенные протоки желез кожи.

Иногда чешуи жирны на-ощупь. Жирные чешуи со стержнями, входящими в расширенные отверстия сальных желез, дали основание

Фердинанду Гебра назвать болезнь *seborrhoea congestiva*. Однако, против исключительно себорройного происхождения говорит то обстоятельство, что страдание встречается и на местах, не имеющих сальных желез, как, напр., на ладонях и слизистых оболочках.

Обычная форма сыпи — кружок, величиною с малую монету (*lupus erythematosus discoides*). Медленно разрастаясь, он может достигать величины ладони. При слиянии отдельных кружков пораженная поверхность имеет фестончатые края.

Различные авторы, обращая внимание на тот или другой признак болезни, дают различные названия. Так, принимая во внимание наклонность пятен распространяться в центральном направлении, её называют *erythème centrifuge* (Biett), а вследствие наклонности к рубцовой атрофии ткани

— *erythema atrophicans* (Morrow); соединяя эти два свойства, называют *atrophodermatitis centrifuga* (Tommasoli) и *ulerythema centrifugum*¹ (Unna).

Иногда сыпь представляет некоторые видоизменения, которые относятся к сосудистой системе, роговому слою, к явлениям инфильтрации, атрофии и пигментации.

В сосудах пораженного участка и в окружности последнего иногда образуются телеангиэктазии и кровоизлияния.

Шелушение рогового слоя может быть значительным и может напоминать псориазис.

Инфильтрация ткани, обыкновенно ничтожная и сказывающаяся лишь едва заметным приподнятием пораженного участка, иногда бы-



Рис. 73. *Lupus erythematosus*.

¹ Оёль — рубец.

вает значительной, в форме настоящих папул (*lupus erythematosus hypertrophicus*). В этих случаях центральный атрофический участок кажется сильно опустившимся в противоположность довольно возвышенному цветущему периферическому. В том случае, когда при более заметной инфильтрации имеется синеватый цвет и особенно небольшие некротические очаги, страдание называют *lupus pernio*. Впрочем, еще не выяснено точно, не следует ли подобные случаи относить к *lupus vulgaris*.

Рубцовая атрофия обыкновенно касается поверхностных частей *cutis*, но иногда она бывает более глубокая, так, напр., на ушных раковинах кожа делается неподвижной, срастаясь с хрящом, вследствие чего нарушается конфигурация раковины. Поверхность атрофированного участка обыкновенно гладкая, но иногда бывает неровной, с маленькими углублениями или морщинистой. В некоторых случаях атрофированный участок представляется плотным, напоминая склеродермию.

Цвет пораженных мест обычно красный, а атрофированного участка беловатый. Но иногда последний также бывает красноватым или покрыт телеангиэктазиями, или более или менее пигментированный. Нередко все поражение окружается пигментированным поясом.

По наблюдениям нашей клиники, температура пораженной кожи большею частью понижена,¹ кровяное давление в пальцевых артериях, при обострении процесса, повышается.²

Как осложнение в редких случаях бывает на пораженных местах образование пузырьков, ссадин и корок.

Излюбленное место страдания — лицо, особенно нос и щеки. Нередко поражение приобретает вид бабочки, причем телом бабочки как бы является поверхность носа, а крылья помещаются на щеках. Но страдание может появляться и на коже волосистой части головы, конечностей и туловища (*lupus erythematosus disseminatus*).

Страдание иногда наблюдается и на красной кайме губ, в форме покраснения и шелушения, также на слизистой губ, щек, нёба, носа и очень редко на слизистой языка, дёсен, миндалевидных желез, языка и гортани.

На слизистых оболочках оно выражается красными пятнами, слегка возвышающимися и покрытыми слущивающимся эпителием, иногда с поверхностными ссадинами и изъязвлениями, а в центре беловатыми и западающими вследствие рубцовой атрофии.

Субъективные ощущения отсутствуют. Лишь в редких случаях наблюдается повышенная чувствительность пораженной кожи и зуд.

¹ Космадис. Цит. выше.

² Космадис. Цит. выше.

Течение болезни очень продолжительное, занимает многие годы. Иногда наблюдается произвольное излечение без рубцовой атрофии. В пожилом возрасте такое излечение чаще. Летом болезнь улучшается, зимой ухудшается.

Распространение сыпи очень медленное. Небольшое увеличение пятен происходит месяцами. Лишь в редких случаях наблюдается острое или подострое высыпание, когда в течение нескольких дней

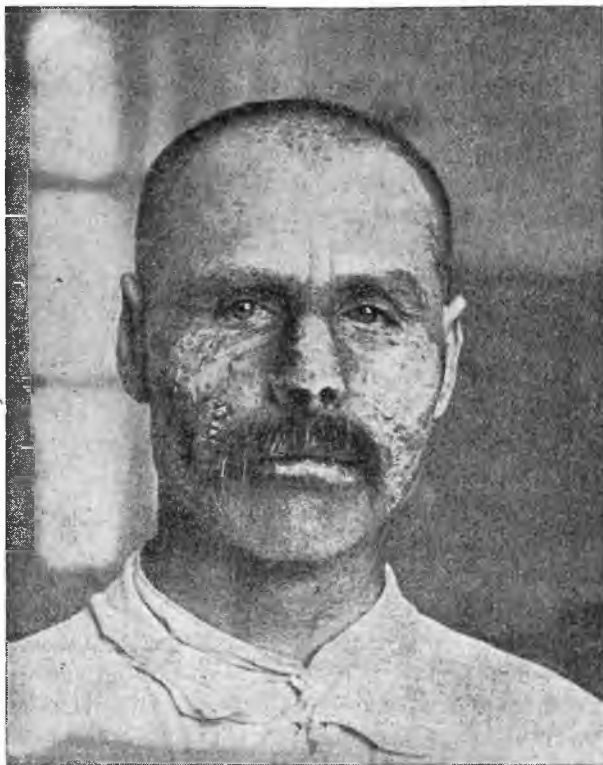


Рис. 74. Lupus erythematosus. Атрофическая стадия.

сыпь распространяется на многие области кожи, иногда при высокой температуре, сопровождаясь мышечными и суставными болями.

В редких случаях острое высыпание приводит даже к смерти.

Патологоанатомические изменения. Главным изменением является круглоклеточная инфильтрация в сосочках и в подсосочковом слое и в скружности сальных желез и волос. Клетки инфильтрации очень склонны проникать в эпителиальный покров, и притом в таком количестве, что граница между эпидермисом и собственно кожей ступшевывается, эпителиальные клетки погибают. То же иногда

происходит и с салынными железами. Другое свойство клеток инфильтрата — это резко выраженная наклонность их переходить в рубцовую ткань, которая, так же как и инфильтрат, образуется в поверхностных слоях cutis. При этом сосочки и сосуды заустевают. Благодаря одновременному существованию инфильтрата и рубцевания как в патолого-анатомической, так и в клинической картине, болезнь называют *eguthema atrophicans*. (рис. 74).

В эпителиальном покрове, пронизанном инфильтратом, наблюдается водяночное изменение клеток; межклеточные пространства расширены, расположение слоев, особенно цилиндрического, спутанное; также происходит ненормальное ороговение, обуславливающее шелушение. В роговых чешуях нередко сохраняются ядра (*parakeratosis*). На местах с рубцовым изменением покровный эпителий истончается до толщины в несколько слоев; также атрофируются салынные железы, волосы и волосковые мышцы; сосуды заустевают.

Причина болезни. Большое число авторов, преимущественно французских, относят страдание к «туберкулидам», предполагая, что оно вызывается не туберкулезными палочками, так как прививка животным всегда остается без результата, а туберкулезными токсинами, на том основании, что *lupus erythematosus* часто развивается у туберкулезных больных и что нередко больные с *lupus erythematosus* реагируют на впрыскивание туберкулина. Такое предположение находит подтверждение и в том, что в некоторых случаях удаление туберкулезных лимфатических желез (проф. Поспелов), а также освещение их лучами Рентгена ведет к излечению *lupi erythematosi*.

Однако, хотя нельзя отрицать в большинстве случаев соответствия сказанного предположения с клиническими фактами, необходимо в то же время признать возможность раздражения сосудов кожи с последующей инфильтрацией и другими токсическими веществами, так как далеко не всегда можно отыскать связь кожного страдания с туберкулезом; с другой стороны, отмечается связь высыпания с предшествующими периодическими приступами гиперемии, с внешними раздражениями (теплом, холодом, пластырем), с рожей, оспой, себорреей, с нервными явлениями.

Лечение болезни состоит в употреблении внутренних укрепляющих: мышьяка и наружных сосудов расширяющих и разрезающих, каковы: сильные мыльные размывания и особенно замораживание жидкой угольной кислотой.

Жидкая угольная кислота получается из газообразной путем сильного давления и содержится в стальных цилиндрах под большим давлением. Выпущенная через кран (в кожаный или замшевый кисет или в мешок из полотна), она быстро замерзает в снег, температуры до -90°C , который набивают в полые деревянные цилиндры или четыре-

угольники разной величины, смотря по данному поражению, и поршнем придавливают снег к пораженному участку в течение 20 — 30 — 40 секунд. Кожа быстро замерзает и уплотняется, но затем оттаивает. Только в этот момент обыкновенно бывает небольшое жжение. При оттаивании кожа краснеет, через несколько часов на ней появляется волдырь, переходящий в пузырь, засыхающий в корку. Последняя держится до 2-х недель (искусственно удалять её не следует) и, отпадая, оставляет оздоровевшую или, во всяком случае, менее инфильтрованную и более бледную кожу. Смотри по действию, замораживание приходится повторять несколько раз. Сущность лечения сводится к гиперемии, способствующей всасыванию инфильтрата.

Хорошее действие обнаруживает рентгенотерапия: W. 10, 1-мм фильтр, 1 Е. D., повторно через месяц. Большое значение имеет фототерапия по Финзену. Особый способ Голлендера состоит в одновременном применении, в течение долгого времени (месяцы), больших доз, до оглушения, хинина и в смазывании пораженных участков иодной настойкой.

Необходимо иметь в виду, что все указанные наружные средства в некоторых случаях, при особенной раздражительности кожи, могут вызвать лишь ухудшение процесса. Тогда приходится известное время применять внутренние успокаивающие и сосудосуживающие средства: бром, хинин, эрготин, и наружные успокаивающие: ung. Wilsonii и другие безразличные мази.

Узелковый лишай золотушных.

(Lichen scrophulosorum.)

Под именем lichen scrophulosorum разумеется заболевание кожи, выражающееся образованием незудящих папулок, величиною в просынное зерно, по цвету приближающихся к нормальной коже, или бледно-красных, желтоватых, часто располагающихся группами в виде кругов и сегментов на туловище и реже на конечностях, локализирующихся в окружности волосяных мешков и слегка шелушащихся. Эти папулки представляют стойкие образования, существующие долгое время. Единственное регрессивное изменение, которому они подвергаются, это — шелушение. В редких случаях на них образуются пустулки. Атрофируясь, папулы не оставляют следа. Сыпь не вызывает никаких субъективных ощущений. Описываемое кожное страдание обыкновенно связано с теми или другими явлениями золотухи (inde nomen) и туберкулеза.

Нередко эти больные представляют типический habitus scrophulosorum: толстые нос и губы, одутловатое лицо, покрытое угрями, большие шейные и другие лимфатические железы.

Течение болезни хроническое, продолжается месяцы и годы.

Патологоанатомические изменения. Папулы представляют мелкоклеточный инфильтрат около сосудов, окружающих волосяные мешки. В этом инфильтрате попадаются гигантские и эпителиоидные клетки (Rhiel, Jacobi); очень редкую находку представляют бугорчатковые палочки.

Причина болезни. Самое название болезни указывает на подмеченную связь ее с золотухой, которая, как известно, в настоящее время относится к туберкулезу. В пользу зависимости *lichen scrophulosorum* от туберкулеза говорят следующие факты и соображения.

Страдание развивается в детском и юношеском возрастах, наиболее поражаемых золотухой и туберкулезом. Нередко имеется «золотушный» *habitus* с увеличенными лимфатическими железами. Иногда одновременно наблюдается волчанка и туберкулез кожи. Часто получается туберкулиновая реакция (Jadassohn). В гистологическом строении папулы есть указание на туберкулез: присутствие эпителиоидных и гигантских клеток и туберкулезных бацилл (хотя последнее не может считаться установленным). Наконец, несколько удачных прививок животным (Haushalter, Jadassohn) также говорят в пользу туберкулезного происхождения болезни.

Лечение болезни. В виду связи с туберкулезом устанавливается общий режим, как при туберкулезе: усиленное питание, чистый воздух. Из лекарственных средств оказывает большое влияние *oleum jecoris aselli*, которое дают взрослым по 3 — 5 столовых ложек, детям 3 — 5 десертных ложек в день. На втором месте стоят мышьяк и йод.

Из наружных применяются средства, вызывающие небольшую гиперемию, каковы: мыльные размывания, мази и пасты с салициловой кислотой (2% — 3%), также втирания рыбьего жира и др.

Папуло-некротический туберкулид.

(*Tuberculide papulo-nécrotique*.)

Страдание выражается образованием небольших, с горошину, папуло-пустул, красноватого цвета, часто с засохшей корочкой, по снятии которой, на нижней поверхности ее, обнаруживается стержень некротизированной ткани. Заживают рубцом, похожим на оспенный. Иногда из папуло-пустул образуются язвы большие, с синузными краями, вследствие слияния отдельных элементов

Любимые места — верхние и нижние конечности. Часто имеется поднаденит и туберкулез легких.

Течение. Страдание может продолжаться несколько лет, периодически появляясь на месяц и более то с правильными, то неправильными промежутками, иногда как бы в зависимости от сезонов года.

Патологическая анатомия. В дерме около сосудов инфильтрат из лимфоцитов и фиксированных клеток соединительной ткани, претерпевающий дегенеративное казеозное изменение.

В сосудах эндо- и периаартерит, перифлебит, тромбозы.

Туберкулезных бацилл не содержится. Прививки животным безрезультатны. Встречаются эпителиоидные и гигантские клетки.

Лечение. Укрепляющие: мышьяк и рыбий жир; дезинфицирующие: обмывание язв раствором марганцовокислого калия, присыпка ксероформом и проч.

Acanthis.

Страдание выражается образованием, преимущественно на лбу и височных областях, маленьких, с пшеничное зерно, узелков, плотных на-ощупь, увеличивающихся и достигающих величины горошины, при чем кожа на них краснеет. Узелки размягчаются и из них выдавливается гной. Заживают поверхностным рубчиком. Все течение занимает времени месяц и более. Часто следуют возвраты.

Патологическая анатомия. В инфильтратах содержится много эпителиоидных и гигантских клеток.

Лечение то же, что и в предыдущем случае.

Уплотненная эритема Базена.

(Erythème induré de Bazin.)

Страдание выражается в образовании узелков, величиною от горошины до небольшого ореха, твердых на-ощупь, красноватого или синеватого цвета, нередко отделяющихся от соседней ткани вследствие окружающей их отечности. Любимое место их — передняя поверхность голени. Узелки обыкновенно безболезненны, редко чувствительны. Они заложены в подкожной клетчатке и глубоком слое собственно кожи. Количество их обычно незначительно: 1, 2, 5, 6, редко более.

Течение. Узелки, после более или менее продолжительного существования, всасываются без следа или оставляют едва заметный атрофический рубец или изъязвляются. Язва поверхностная, с кровавистым желтовато-сероватым дном, с вертикально обрезанными краями, окруженная остатками инфильтрата. Протекает медленно. Страдание нередко рецидивирует, преимущественно зимой.

Патологоанатомические изменения. Инфильтрат состоит из лейкоцитов, эпителиоидных и гигантских клеток. Туберкулезных бацилл не находят.

Причина болезни. Страдание наичаще наблюдается у молодых девушек. Его относят к туберкулидам.

Распознавание. Болезнь всего скорее можно смешать с узловой эритемой, но последняя протекает более остро, сопровождается лихорадочными движениями и никогда не изъязвляется.

Лечение. То же, что при папуло-некротическом туберкулиде.

Отверждение носа.

(*Rhinoscleroma s. scleroma respiratorium.*)

Под этим названием разумеют опухоль слизистой носа, губ, десен, нёба, зева, гортани, а также и кожи в области носовых отверстий и верхней губы, представляющуюся или в форме разлитого уплотнения ткани (Стуковенков) или, наичаще, в форме отдельных и сливающихся узлов (Гебра, Капоззи) и отличающуюся особенной твердостью на-ощупь и необычайной стойкостью в своем течении.

Поверхность пораженных участков кожи носа и верхней губы представляется или совершенно нормальной или красноватой с просвечивающими расширенными венами и лоснящейся. Лишь иногда на ней заметны поверхностные ссадины и трещины, покрытые корками. Пораженная кожа плотно спаяна с подлежащими частями и потому ее нельзя захватить в складку. На слизистых оболочках инфильтрат имеет вид плотных на-ощупь, плоских бляшек, темно-красного цвета, с просвечивающими сосудами или, наичаще, с красновато-белесоватою поверхностью, как бы рубцовой. Пораженные участки резко отделяются от окружающей нормальной ткани. В редких случаях узлы риносклеромы подвергаются изъязвлению (Цейсль, Стуковенков), нужно думать, вследствие случайных внешних влияний.

Наичаще развитие опухоли идет в такой форме: на крыльях носа (на одной или на обеих сторонах), на коже или слизистой их и на коже и слизистой носовой перегородки появляются плотные, обыкновенно довольно плоские узлы, которые в значительной степени суживают отверстия. Далее, эти узлы распространяются на кожу верхней губы и кверху, по дну носовой полости, еще более суживая носовые отверстия, до полной закупорки их; далее переходят на слизистую верхней губы и верхней десны.

Нос принимает своеобразный вид: его отверстия выполнены выдающеюся наружу опухолью, крылья плотны, как камень, нос в области крыльев представляется расширенным. Плотные крылья носа совершенно не поддаются сжиманию. Больной не в состоянии проводить воздух через нос.

Кроме указанных участков, поражается болезнью слизистая глубоких частей носа (раковин), носоглоточного пространства, Евстахиевой трубы и среднего уха, слезного канала и слезного мешка, твердого и мягкого нёба, язычка, дужек, глотки, слизистой гортани и голосовых

связок, а также верхней губы и десны. Все эти части могут поражаться независимо от поражения носа и поэтому название rhinoscleroma указывает лишь на наиболее частую, но не единственную локализацию болезни. Подчелюстные и шейные железы остаются неизмененными, за очень редкими исключениями, когда они увеличиваются и представляют явления подострого воспаления.

Необыкновенная плотность инфильтрации и стойкость в течение ее на всех перечисленных участках служат отличительным признаком болезни. Случай, описанный под именем *chorditis vocalis inferior hypertrophica Gerhard* и бленноррея гортани Штёрка (Stoerk), относится к рассматриваемой нами *scleroma respiratorium*, без одновременного поражения тканей носа. Но и при поражении носа в самой типической форме болезнь относилась до 1870 г. то к сифилису, то к волчанке, то к раку. Только в 1870 г. Ф. Гебра, заметив, что своеобразное склеротическое изменение тканей носа не уступает противосифилитическому лечению, выделил это страдание в особую форму. Но, несмотря на это, еще долгое время эти больные пользовались врачами как сифилитиками. В России проф. Стуковенков первый демонстрировал врачам случай риносклеромы в 1884 г. на больной, безуспешно лечившейся 14 лет от сифилиса, сделавшей до 300 ругутных втираний, выпившей массу иодистого калия и декокта, и затем изложил свои наблюдения, касающиеся 4-х больных, в трех работах, в которых, между прочим, указал на то, что 1) иногда узлы риносклеромы могут изъязвляться; 2) что инфильтрация может появляться не в виде отдельных узлов, а в форме разлитого поражения ткани, и 3) что паренхиматозные впрыскивания карболовой кислоты и особенно *solut. Fowleri* дают благоприятные результаты.

Течение болезни хроническое; она может существовать десятки лет, не имея никакой склонности к самопроизвольному излечению, наоборот, всегда склонная распространяться дальше и дальше, хотя это распространение идет крайне медленно.

Сама по себе болезнь не ведет непосредственно к смерти, так как не поражает необходимых для жизни органов (сердце, дыхательный центр), но она может вызвать асфиксию вследствие обусловленного ею сужения гортани, а также в тех более редких случаях, когда инфильтрат распадается, она дает возможность для развития вторичной инфекции.

Патологоанатомические изменения. Пораженные участки состоят из мелкоклеточного инфильтрата, состоящего, главным образом, из *plasmazellen*. Последние переходят частью в плотную рубцовую ткань, частью в большие клетки Микулича с вакуолами, содержащими палочковидные бациллы риносклеромы, окруженные глеей, открытые Фричем (Fritsch) в 1882 г. Клетки Микулича представляют характерные эле-

менты риносклеромы. Наконец, протоплазма многих *plasmazellen* претерпевает гиалиновое перерождение, что ведет к образованию гиалиновых шаров, встречающихся в большом количестве при риносклероме, но наблюдаемых также и в других страданиях (сифилитический склероз карцинома, саркома). Бациллы Фрича разводятся на бульоне, агаре и других средах. Они очень походят на *pneumobacillus Friedländeri*. Отличие их: 1) в том, что по Граму *bacillis rhinoscleromae* не так легко обесцвечивается; 2) гораздо менее ядовит для животных. Бациллы всегда присутствуют в опухоли риносклеромы, помещаясь в вышеупомянутых клетках Микулича или свободно. В последнем случае они размножаются прямо в лимфатических сосудах, частью освобождаются из вакуолизированных клеток при разрушении их (Маршалко). Бациллы, повидимому, не поступают в общий поток крови, которая, будучи даже взята из участков, близко лежащих к опухоли, оказывается стерильной (Рона). Кроме самой опухоли, они константированы лишь в соке воспалившейся ближайшей лимфатической железы (Рона).

Прививки культур самому больному (на здоровых местах) остаются без результата (Рона), точно также и животным. Только в одном наблюдении Степанова прививка ткани опухоли в переднюю камеру глаза дала разрастание опухоли.

Распознавание должно основываться на присутствии в вышеуказанных местах верхних дыхательных путей очень плотных и стойких по течению и в смысле отсутствия распада инфильтратов. Ф. Гебра говорит: «если хотят получить точное представление о риносклероме, то надо представить себе отлично развитой первичный сифилитический склероз крайней плоти и затем воображением перенести его на тело носа, крылья, края, слизистую оболочку, выстилающую носовые ямки, и, наконец, на части кожи, прилежащие к носу, как верхняя губа, щека». Конечно, сходство со склерозом ограничивается лишь плотностью инфильтрата. Что же касается второго указанного признака — стойкости инфильтрата, то здесь эти два страдания резко разнятся между собой: склероз всасывается и проходит в течение 1 — 2 месяцев, риносклерома существует десятки лет.

Такое же резкое отличие риносклеромы и от *сифилитических бугорков*, образований очень нестойких, распадающихся в язвы и очень наклонных к быстрому и значительному разрушению костей носа, тогда как риносклерома, существующая многие годы, редко производит разрушение костей.

Sycosis, воспаление волосяных сумок, охотно локализуется в коже верхней губы и носовых отверстий. При долгом существовании и значительном развитии он ведет к образованию больших сливающихся узлов, иногда закупоривающих носовые отверстия и дающих картину, с первого взгляда напоминающую риносклерому. Но 1) при *sycosis*

выдернутые волосы имеют на своем конце каплю гноя; 2) инфильтраты имеют воспалительный характер, более разлитые (не резко очерчены), не так плотны, как при риносклероме, а иногда некоторые из них представляют гнойное размягчение; 3) инфильтраты сикоза занимают лишь самый выход носовых проходов, где есть еще волосы, тогда как инфильтрат риносклеромы распространяется далеко в глубину полости носа, и, кроме того, может переходить в носоглоточное пространство, на дужки, мягкое и твердое нёбо и гортань; 4) наконец, инфильтраты сикоза сравнительно легко уступают лечению (выдергивание пораженных волос, выдавливание гноя, скарификация).

Acne rosacea и *rhinophyma*. Страдание характеризуется вначале покраснением кожи спинки и кончика носа и расширением сосудов. Затем присоединяется гипертрофия ткани в форме небольших папул и аспе, напоминающих *acne vulgaris*. Далее, эта гипертрофия ткани может значительно увеличиваться: папулы и аспе превращаются в плотные сливающие узлы, и, в конце концов, вся кожа носа, особенно кончика, представляется красной, сильно гипертрофированной, покрытой большими сливающимися узлами, причем иногда самый конец носа представляет огромную, безобразную, очень стойкую шишку (форма), откуда и название *rhinophyma*.

Последнее страдание можно смешать с риносклеромой. Но 1) локализация ринофимы в коже носа, а риносклерома вырастает из полости носа; 2) ринофима не представляет такой плотности, как риносклерома.

Рак носовых отверстий, а также и слизистых губ, нёба и пр. отличается от риносклеромы: 1) быстрым ростом; 2) скоро наступающим характерным изъязвлением; 3) припуханием близлежащих желез, 4) кахексией.

Lupus, хотя и может давать большие инфильтраты (*lupus tuberosus*), но рядом с ними обыкновенно находятся и небольшие характерные узелки.

Лечение. В большом числе случаев произведенное вырезывание опухоли оказалось недействительным, так как рецидивы наступают очень скоро после операции. При помощи паренхиматозных впрыскиваний в ткань опухоли водных растворов карболовой кислоты (1%) и *solutionis Fowleri* (1—12%) или удобнее *solut. aquosi kalii arsenicosi* 1:1000 до 12:1000 с прибавлением небольших количеств кокаина получают уменьшение, более или менее значительное, опухоли и остановку в развитии.

Вакцинотерапия, по имеющимся до настоящего времени наблюдениям, не оказывает существенного влияния, давая лишь иногда некоторое улучшение.

Хорошие результаты дает рентгенотерапия: 10 W., в дозах 2—3 E. D., с фильтром в 3 мм.

БОЛЕЗНИ КОЖИ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ РАСТИТЕЛЬНЫМИ И ЖИВОТНЫМИ ПАРАЗИТАМИ.

РАСТИТЕЛЬНЫЕ ПАРАЗИТЫ.

Парша.

(Favus.)

Болезнь характеризуется сухими, охряно-желтыми, округлыми корками, под которыми открывается сухая, слегка красноватая поверхность. Величина корок самая разнообразная: от точки до нескольких сантиметров в поперечнике. Толщина их от самой ничтожной может достигать 2 — 3 мм и более. Самые маленькие представляют наиболее молодое поражение: появившись в виде точки, корка растет по окружности, причем нередко можно заметить ее концентрическое строение. Сливаясь между собой, они могут образовывать большие поверхности например, в ладонь и более.

В своем излюбленном месте, в волосистой части головы, корки отлагаются в окружности волос, причем нередко получается характерная форма: небольшая сухая охряно-желтая корочка имеет углубленную середину, наподобие блюдечка, прободаемого волосом. Это так называемая *scutula favosa*, *godet favique*.

Волосы пораженных участков выдергиваются с эпителиальными влагалищами — признак ослабления их связи с окружающей тканью.

При существовании болезни волосистой части головы, вместе с характерными желтыми корками встречаются рубцово измененные участки кожи, совершенно лишенные волос или же имеющие несколько одиночно стоящих и легко вырываемых волос, а также нередко наблюдается более или менее значительное шелушение. Корки, хотя сидят довольно плотно, но совершенно удаляются при хорошем размывании. Однако, уже через сутки они начинают появляться снова. Поэтому в сомнительных случаях мы запрещаем больному мытье головы, чтобы получить характерный признак болезни.

Развитие парши идет в таком виде: в волосистой части головы появляется одна или несколько маленьких желтых корочек, которые

растут по периферии. Одновременно с этим появляются другие начальные очаги болезни. Однако, в общем, увеличение сыпи идет довольно медленно, так что лишь по прошествии многих месяцев поражается большая часть головы. Граница волосистой части обыкновенно остается здоровой.

В огромном большинстве случаев страдание ограничивается указанной областью. Сравнительно редко оно переходит на кожу лица и еще реже на туловище и конечности, где появляются отдельно сидящие корки в малом количестве. Лишь в очень редких случаях *favus* обильно покрывает кожу туловища и конечностей.

Однако, не следует думать, что волосистая часть головы всегда является начальным местом болезни. Болезнь может начинаться на любом участке кожи.

Favus волосистой части головы, будучи предоставлен естественному течению, существует бесконечно долго, до тех пор, пока все пораженные участки кожи не претерпят рубцового изменения, причем получается полное оголение. Нередко болезнь, появившись в самом раннем детском возрасте, продолжается до глубокой старости, когда рядом с рубцово измененными и оголенными участками можно еще видеть кое-где желтые корочки.

Гораздо более благоприятно течение *favus*'а на коже, не покрытой настоящими волосами (кожа лба, лица, туловища, конечностей); здесь болезнь может пройти бесследно при самых простых обмываниях, удаляющих корки. Очевидно, что поражение волос *capillitii* составляет причину необычайно долгого и упорного течения болезни.

Болезнь может поражать также ногти — *onychomycosis favosa*.

Ноготь покрывается маленькими, сливающимися желтоватыми пятнышками, напоминающими начальные, блюдечковидные наслоения грибов на коже *capillitii*. Но эту стадию болезни редко удается видеть.

Обыкновенно больные являются к нам уже с развитым процессом. При этом ноготь представляется обезображенным: цвет его желтоватый или сероватый, поверхность тусклая, неровная, шероховатая. Вещество ногтя сухое, ломкое. Чаще поражаются ногти рук, один или несколько, редко все ногти. Иногда *onychomycosis favosa* бывает изолированным, без участия в процессе кожи.

Точный диагноз ставится при исследовании соскобленных чешуй на грибки.

Болезнь не оказывает заметного влияния на общее состояние здоровья. Только в исключительных случаях (которых в литературе известно всего два — Капоз и Кундрата и Стуковенкова) фавозные грибки поражают слизистую пищеварительных органов, причиняя изнурительные поносы. В случае Капоз и Кундрата при вскрытии найдены на слизистой желудка и толстых кишок грибки и язвы. У больной

Стуковенкова, страдавшей *favus universalis* и одновременно изнурительным поносом, найдены были грибки в экскрементах. По излечении *favus*'а кожи, когда, следовательно, была уничтожена возможность поступления грибков в пищеварительные пути, изнурительный понос прошел.

Патологоанатомические изменения. Фавозные корки состоят из мицелия и спор грибка, который сначала развивается в роговом слое, а затем может прорасти и Мальпигиев слой. В этом последнем случае, при насильственном удалении корки, получается не сухая поверхность, а влажная, ссадненная, так как вместе с коркой отрывается и известная часть Мальпигиева слоя.

В волосистой части головы движение процесса в глубину идет, главным образом, по стержню волоса, вплоть до луковицы. Стержень пронизывается грибами, переходящими во внутреннее и наружное эпителиальные влагалища. Отдельные споры проходят через стекловидную перепонку в соединительнотканную сумку волоса, вызывая в ней непосредственно или, вероятнее, через выделяемые ими токсины раздражение ткани, выражающееся небольшим расширением сосудов и незначительным отложением мелкоклеточного инфильтрата. Результатом указанных изменений является: 1) ослабление связи между клетками наружного эпителиального влагалища и соединительнотканной сумкой, вследствие чего пораженный волос легко выдергивается вместе с эпителиальными влагалищами; 2) при долгом существовании болезни мелкоклеточный инфильтрат в сумке и в сосочке волоса переходит в рубцовую ткань, что ведет к ослаблению питания волоса и выпадению его. Рост новых волос постепенно уменьшается и совершенно уничтожается. Таким образом получают оголенные и рубцово перерожденные участки кожи.

Причиной болезни служит открытый Шёнлейном в 1839 г. грибок, относящийся к плесневым грибкам и представляющий широкие, длинные ветвящиеся нити—мицелий и круглые или овальные споры. Экспериментальные прививки животным с убедительностью доказывают справедливость этого.

Заражение получается от человека или домашних животных, страдающих паршами: собак, кошек, мышей и крыс. Однако, заражение происходит не легко: нередко один член семьи болеет паршами в продолжение очень долгого времени, а вся семья остается здоровой. В этом отношении *favus* резко отличается от *herpes tonsurans*, болезни, также обусловленной растительным паразитом, но при которой заражение семьи от одного больного происходит быстро. Из условий, благоприятствующих заражению, с положительностью можно указать на одно: нечистоплотность при скученности населения в тесных помещениях.

Распознавание болезни при наличии характерных корок, тем более вместе с рубцовыми изменениями, довольно легко.

При *eczema* и *erythema impetiginosum*, также при *herpes* желтоватые корки образуются из засохшего экссудата, и им предшествует пузырьковый или мокнущий периоды, которые нередко можно обнаружить одновременно с корками на других пораженных участках кожи. Эти корки немного влажные, слегка блестящие, желтоватый цвет их менее насыщенный; по удалении под ними обнаруживается влажная эссадненная поверхность. При *syphilis* корки образуются из пустул или гнойного отделения язвы. При *favus* корки сухие и, собственно говоря, так называются в отступление от принятого определения корок, которые обычно образуются из засохшего экссудата. Кроме характерного внешнего вида их (охряно-желтый цвет, *scutula favosa*) микроскоп легко открывает в них присутствие грибка.

Диагноз затрудняется в некоторых случаях при осложнении парши *экземой* и *сикозом*, когда имеется мокнутие, пустулы, многие корни выдернутых волос содержат не только эпителиальные влагалища, но и каплю гноя. Нахождение характерной *scutula favosa* облегчает распознавание, также присутствие рубцовых изменений говорит против экземы (но не против сикоза). Микроскопическое исследование волос окончательно разрешает сомнения.

Иногда, при долго существующем *favus*'е, развивается обильное шелушение волосистой части головы, которое может дать повод предполагать *себоррею*, *псориазис*. Но присутствие *scutulae favosae* и микроскопическое исследование волос ведет к правильному распознаванию.

Необходимо здесь же указать на два практических приема, полезных для распознавания в сомнительных случаях: 1) желтые корки парши легко удаляются при мытье головы. Поэтому, чтобы сделать картину более ясной, дается совет не мыть головы в течение нескольких дней, когда снова появляются характерные корки. 2) При микроскопическом исследовании нельзя ограничиваться исследованием 1—2 волос, а нужно брать возможно большее число и с различных участков.

Способ исследования таков: волос (также пластинки ногтя) кладется в 33% раствор едкого кали, который нагревается до кипения с целью произвести разбухание и разъединение плотных составных элементов волоса, чтобы сделать видимыми под микроскопом залегающие между ними грибки. Затем волос переносится на предметное стекло, приливается туда капля того же раствора едкого кали и покрывается покровным стеклышком. Полезнее произвести на последнее давление, чтобы еще более способствовать механическому разъединению разбухших элементов. Тогда нити и споры грибка выступают отчетливо. Иногда может явиться сомнение в отличии спор от капель жира. Во избежание этого полезно перед погружением волоса в едкий кали опустить его в спирт, а затем в эфир на 10—15 минут, чтобы удалить жир.

Лечение болезни, сообразно с причиной ее, должно быть направлено к удалению и уничтожению паразитов. На участках кожи, не покрытых настоящими волосами, оно довольно легко: фавозные корки смываются при мыльном размывании, а если плотно держатся, то предварительно размягчаются согревающим компрессом. В течение 3—5 дней корки могут быть совершенно удалены, и затем в этот участок кожи втирается какое-нибудь противопаразитное средство, напр. салициловая кислота с ung. diachylon 1: 10. В виду того, что на указанных местах положение паразитов поверхностное, только в роговом слое, такое лечение оканчивается в течение 1—2 недель.

Совершенно другое — *favus capillitii*, где грибки очень скоро распространяются по волосу на значительную глубину. Здесь частые ежедневные мыльные размывания щеткой (лучше *spiritus saponatus kalinus*) удаляют корки, а втирание противопаразитных средств действует только на поверхностно расположенных паразитов. Что же касается до грибков в корне волоса, то мы не имеем никаких химических средств, которые проникали бы на достаточную глубину кожи. Все средства, предлагавшиеся во множестве, оказались недействительными.

Поэтому единственный надежный способ лечения — удаление пораженных волос при помощи эпиляции или рентгенизации. Эпиляция — способ, требующий известного умения и терпения как со стороны больного, так и врача.

Подробности лечения можно представить в таком виде.

1. Ежедневно кожа головы размывается мыльным спиртом, причем растирается щеткой для удаления постоянно нарастающих корок и чешуй.

2. После вытирания голова смазывается вазелином с *hydrarg. praecipitat. flavum* (1: 200), частью для обеззараживания, но преимущественно для того, чтобы нарастающие сухие корки и чешуи не разлетались и не причиняли бы заражения окружающим. С этой же целью рекомендуется ношение чепчика (особенно для детей).

3. Пораженные места смазываются подной настойкой через 1—2 дня.

4. Раз, а если можно два раза, в день по $\frac{1}{2}$ — 1 часу производится вырывание волос ресничным пинцетом. Вырывание должно вести систематически, не перебрасываясь с одного участка на другой, а основательно оголяя участок, хотя бы и не большой величины. Цель — удалить все волосы {с корнями, поэтому нужно работать так, чтобы не обрывать волос, что возможно: а) при захватывании в пинцет только одного волоса, а для этого необходимо, чтобы волосы были короткие, в $\frac{1}{2}$ сантиметра, и б) при влечении волоса в направлении его роста (все волосы, как известно, имеют наклонное положение к поверхности кожи).

Работа должна производиться при хорошем освещении; по окончании полезно производить осмотр при боковом освещении, чтобы не просмотреть ни одного волоса. С той же целью полезно сделать втирание спирта, при испарении которого волоски, прилежавшие к поверхности кожи и ускользавшие от наблюдения, приподымаются и делаются ясно видимыми. Впрочем, это может достигаться при ниже описанном заключительном приеме втирания алкогольного раствора сулемы. Если волосы, подлежащие вырыванию, покрыты жиром, то необходимо предварительное обмывание спиртом, так как пинцет скользит по жирным волосам.

5. По окончании работы в оголенный участок втирается жесткой кистью алкогольный раствор сулемы (1: 250) с целью, насколько возможно, провести противопаразитное вещество в открытые отверстия волосяных мешков. Само собой разумеется, при этом мы не должны возлагать большой надежды на глубокое проникновение лекарственного вещества, так как волосяной мешок, освобожденный от своего содержимого, корня волоса, сдавливается окружающей тканью.

6. При описываемом лечении мы выдергиваем не только больные, но и соседние здоровые волосы на более или менее значительном протяжении, руководствуясь общим правилом: лучше сделать больше, чем меньше. Определить наперед, здоровы ли эти волосы, мы не можем и поэтому выгоднее пожертвовать здоровыми, так как, в противном случае, даже один оставшийся больной волос уничтожит всю нашу долгую работу.

7. В большинстве случаев больные являются к нам с распространенным процессом, и приходится последовательно, шаг за шагом, удалять все волосы. В некоторых же случаях, при начале процесса, можно ограничиться оголением одного болезненного очага и окрестности его; но при тщательном повторном исследовании волос со всех участков кожи.

8. Однократное удаление волос не ведет еще к окончательному выздоровлению, так как многие из вновь выросших содержат паразитов. Поэтому приходится производить удаление волос во второй раз, а иногда и в третий. Таким образом, все лечение занимает долгое время, до 5 — 6 месяцев.

9. При окончании лечения необходимо составить твердое убеждение в полном отсутствии паразитов. Это самая трудная задача для врача. Необходимо исследовать возможно большее количество волос. Чтобы это исследование было вполне плодотворно, нужно вести его с известной правильностью. Вся волосистая часть головы разделяется мысленно проводимыми между известными пунктами линиями на 16, приблизительно равных, четырехугольников, и из каждого четырехугольника, из различных его мест, берется 10 — 20 волос, которые исследуются отдельно. При таком способе получается наиболее верный вывод об изле-

чении болезни, а в случае нахождения паразитов только в одном каком-либо четырехугольнике вырывание волос повторяется только в нем одном.

Лечение эпиляцией дает вполне надежный результат лишь в умелых руках. Поэтому дать только совет вырывать волосы это значит не дать никакого совета. Подробно объяснить больному весь ход лечения также далеко не достаточно. Как и кем будет производиться эпиляция — вопрос большой важности. Нужно удостовериться, что дело будет вестись правильно и систематично. Неудача лечения всецело зависит от неумения или невнимания эпилирующего.

Самое надежное поручать это дело лицам, давно занимающимся эпиляцией — фельдшерам, фельдшерицам. Но можно научить всякого, многократно рассказав ему все подробности, показав на деле все приемы и удостоверившись несколько раз в том, что он исполняет точно все указания. Нередко для детей наилучшими и самыми внимательными эпиляторами являются отец и мать.

Очень большой успех в лечении болезни внесла рентгенотерапия, дающая и более скорое и более верное излечение. Во Франции существовали специальные школы для фавозных детей и трихофитиков, где дети и лечились и учились. Но с введением рентгенотерапии эти школы оказались ненужными, так как лечение легко ведется амбулаторно.

Дается $\frac{2}{3}$ Е. D. при W. 5 — 7, или $\frac{3}{4}$ при W. 8. Освещают последовательно лобную и теменные доли, затылочную и правую и левую височные. Волосы начинают выпадать через 10 — 14 дней. По прошествии 2 — 3 месяцев волосы отрастают.

С выпавшими волосами удаляются и паразиты. Однако, по отрастании волос необходимо тщательное микроскопическое исследование их с разных участков, и в случае обнаружения паразитов требуется вторичное освещение лучами Рентгена.

Во время лечения Рентгеном, для уничтожения поверхностно лежащих паразитов, пораженные участки смазывают мазью с *hydrargyrum praecipitatum flavum* (1: 200); ежедневно производится тщательное обмывание головы мылом. По выпадении волос пораженные участки смазываются через 1 — 2 дня иодной настойкой.

Стригущий лишай.

(*Herpes tonsurans*.)

Herpes tonsurans характеризуется темно-красными шелушащимися пятнами, правильно округлого очертания, имеющими наклонность распространяться по окружности. В редких случаях края пятна усажены пузырьками, откуда и название *herpes*.

Количество пятен обыкновенно ограниченное 1 — 2 — 3. Очень редко они распространяются с лица на туловище и конечности и, наоборот, очень часто поражают волосистую часть головы, особенно у детей.

В волосистой части головы сравнительно редко можно встретить вышеописанную характерную картину. Размножение пятен происходит быстро, и в огромном большинстве случаев больные являются к нам с общим или почти общим поражением *capillitii*. При этом краснота

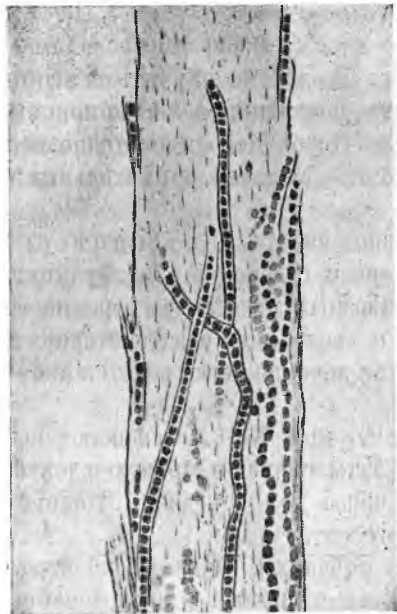


Рис. 75. *Trichophyton tonsurans* в волосе.

мало заметна, но на первый план выступает шелушение, которое собственно и обращает внимание больных или их окружающих. Но здесь выступает новый симптом — поражение волос, которое сказывается: 1) иногда в некоторых местах обламыванием волос близ корня, откуда и название болезни: *herpes tonsurans*, стригущий лишай; впрочем, этот симптом далеко не всегда бросается в глаза; 2) иногда поверхность волос как бы посыпана пеплом; 3) волосы при выдергивании пинцетом оказываются ломкими, а при вырывании выходят с эпителиальными влагалищами. Последнее указывает на разрыхление связи волоса с окружающей соединительнотканной сумкой.

Указанные изменения волос зависят от распространения грибка, вызывающего болезнь, в глубину волос, во внутрикожную часть стержня до луковицы и в эпителиальные влагалища.

Но иногда процесс переходит и на соединительнотканную сумку волоса, где происходит воспаление с нагноением (*sycosis parasitaria*, *trichophytia profunda*, *kerion Celsi*).

Trichophytia profunda (рис. 76) обыкновенно бывает в области бороды и редко в волосистой части головы. При этой форме образуется припухание, уплотнение кожи, иногда очень значительное, а на поверхности появляются гнойнички, засыхающие в корки. Опухоль нередко представляет губчатую массу, при надавливании на которую из расширенных фолликул показываются капли гноя.

Кроме кожи и волос, болезнь может поражать ногти (*trichophytia unguium*). Ногти делаются тусклыми, неровными, бугристыми, ломкими, частью отстают от подлежащей ткани.

Причину болезни составляет растительный грибок, *trichophyton tonsurans* (рис. 75), открытый Грюби (Gruby, 1845). Он сходен с *achorion Schönleini*, только нити и споры его тоньше и меньше. Грибок отличается полиморфизмом, нужно думать, в зависимости от среды, в которой он развивается. Отличают грибки с большими спорами (*megalosporia*) и с малыми спорами (*mikrosporioria*). Последнему приписывают особенную заразительность. Заразительность болезни вообще значительная, особенно по сравнению с паршой. В то время как последняя очень нередко наблюдается у одного лишь члена семьи, стригущий лишай, раз попадая в семью, поражает многих членов и очень часто всех детей в семье. Нередки целые эпидемии в школах и приютах.

Течение болезни, предоставленной самой себе, очень продолжительное. На местах, не покрытых настоящими волосами, пятна могут



Рис. 76. *Trichophytia profunda*.

еще проходить при частом мыльном размывании. Но поражение *sapilliti* может оставаться на всю жизнь, тем более, что склонности к рубцовым изменениям кожи, в противоположность *favus*у, здесь почти нет. Обильное шелушение головы, хотя и не беспокоящее сколько-нибудь значительно зудом, делается для больного крайне неприятным; размывание головы уничтожает перхоть на один, много на два дня. Опасность больного для окружающих делает его нетерпимым в обществе (дети удаляются из школ и приютов).

Распознавание. Болезнь можно иногда смешать с *псориазмом*, о чем говорилось при описании последнего, а также с *erythema exsudativum maculatum*, *seborrhoea* и *eczema squamosum*.

При *erythema exsudativum* пятен всегда много, цвет их более алый, пятно не растет по окружности, шелушение наступает лишь через несколько дней, в чешуйках не содержится грибов.

Seborrhoea — процесс разлитой, покраснение кожи бывает редко, волосы обыкновенно выдергиваются без эпителиальных влагалищ. *Nepes tonsurans* в начальной стадии располагается отдельными гнездами, кожа красна, многие волосы обламываются, выдергиваются с эпителиальными влагалищами.

Eczema squamosum — наичаще заключительная стадия мокнущей экземы, сопровождается зудом, волосы не поражаются.

Psoriasis дает большое скопление серебристых чешуй, характерное точечное кровоотечение и утолщение кожи.

Trichophytia profunda в области бороды, усов, бак можно смешать с *sycosis non parasitaria* и с различными воспалительными инфильтратами другого происхождения. Нахождение грибков в волосах точно устанавливает распознавание.

Лечение болезни в *capillitium* точно такое же, как при *favus*. Только эпиляция пинцетом здесь труднее и продолжительнее, вследствие того, что многие волосы обрываются. Всего лучше лечение Рентгеном. В нашей клинике¹ в 1925 году было пользовано Рентгеном 317 больных. Давалось $\frac{3}{4}$ дозы при W. 8,5. Волосы выпадали совершенно. Рецидивы наблюдались в 4%, большею частью, вероятно, вследствие ношения старых фуражек и платков. На местах, не покрытых волосами, для лечения употребляется смазывание, в течение 3 — 5 дней, *tinctura jodi*, до развития отслойки рогового покрова, вместе с которым удаляются и паразиты.

В настоящее время разрабатывается эпиляция уксуснокислым таллием, который дается внутрь в разовой дозе по 0,008 на кило веса ребенка.

В виду крайне легкой передачи болезни от одного члена семьи другому (болезнь получается также и от домашних животных) меры предосторожности должны быть большими, чем при *favus*: мыльные размывания, чтобы смывать чешуи и паразитов, смазывание *tinctura jodi*, чтобы убивать поверхностно сидящих паразитов, смазывание жиром (вазелин с *hydrargyro praecip. flavo* 1:200), чтобы противодействовать распылению чешуй и паразитов, и бинтование головы с тою же целью.

Разноцветный лишай.

(*Pityriasis versicolor*.)

Болезнь характеризуется буровато-желтоватыми пятнами, не изменяющимися в своем цвете при давлении и располагающимися на груди, спине, животе, реже на конечностях, очень редко на шее и никогда не переходящими на лицо. Вновь появляющиеся пятна — маленькие, круглые, 2 — 3 мм в диаметре. Они увеличиваются по окружности, но особенно в числе. Сливаясь, они дают сплошные буровато-желто-

¹ Хаспеков. Цит. выше.

ватые поверхности в ладонь и более. Иногда сплошное поражение занимает грудь и верхнюю часть спины. Однако, при этом всегда можно видеть и отдельно стоящие маленькие пятна.

Поверхность пораженных участков немного шелушится. Сыпь вызывает небольшой зуд и то при значительном развитии. После бани или ванны зуд проходит, и пятна становятся менее заметными, хотя и не исчезают.

Болезнь вызывается растительным паразитом *Microsporon furfur*, (рис. 77), открытым Эйштедтом (Eisstedt) в 1846 г. Грибок имеет тонкие ветвящиеся нити и круглые споры. Он помещается в поверхностных частях рогового слоя, никогда не проникая в глубину.

Распознавание по вышеописанной картине редко встречает затруднение. Врожденные пигментные пятна имеют более темный цвет, не увеличиваются в своем количестве. Приобретенные пигментации более разлитые. *Erythema maculatum* отличается красным цветом.

Лечение болезни состоит в употреблении средств, ведущих к отшелушиванию рогового слоя. Начальное высыпание, ограниченное, излечивается ежедневным смазыванием *t-ra jodi* до шелушения. Но при распространенном страдании трудно угодиться за всяким пятнышком, тем более, что многие едва заметны. Поэтому приходится прибегать к более трудному, но зато совершенно надежному способу. Ежедневно в течение 6 дней больному делается два раза в день сильное втирание *sapo viridis* во все туловище, шею, верхние конечности и верхние части бедер (ниже сыпь не распространяется). В то же время больной носит прямо на теле жесткую длинную куртку из солдатского сукна. После 12 втираний дается 4 дня отдыха, а затем больной принимает ванну. Роговой покров за это время сходит и болезнь совершенно излечивается.

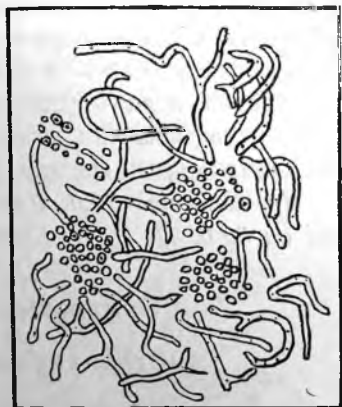


Рис. 77. *Microsporon furfur*: ветвящийся мицелий и споры.

Необходимо обратить внимание на некоторые подробности в применении способа. Цель его — удалить роговой слой со всей поверхности кожи, в которую производится втирание *saponis viridis*. Это достигается искусственно вызываемой втираниями и поддерживаемой жесткой тканью гиперемией. В среднем указанный срок вполне достаточный. Но всегда нужно считаться с некоторыми индивидуальными особенностями:

1. На некоторых местах, с более нежной кожей, как, напр., в локтевых сгибах, уже после 2 — 3 втираний появляется сильная крас-

нота и болезненность. При последующих втираниях эти места нужно обходить, чтобы избежать развития дерматита.

2. После 12 втираний (6 дней) должно уже по местам начаться сдвигание кожицы, по крайней мере должна быть ясная морщинистость рогового покрова. Если же в каком-либо участке этого еще нет, то необходимо продолжить втирания.

3. После 4-дневного отдыха (в течение которого больной не снимает еще куртки) должно произойти повсюду отторжение рогового слоя. В противном случае необходимо сделать еще несколько втираний.

4. Промежуток в несколько дней между последним втиранием и ванной необходим в виду того, что иначе ванна производит дерматит.

Лечение болезни, как видно, представляется простым, но оно требует внимательного отношения. Поэтому нельзя ограничиться единичным наставлением больному, а нужно видеть его в течение лечения по крайней мере 3 — 4 раза, чтобы точно направлять лечение к одной намеченной цели — удалению рогового слоя, при возможно незначительном раздражении кожи. Менее надежно действует втирание *отшелушивающих* средств (резорцин и др.).

Rp. Resorcini 30,0, zinci oxyd., amyli trit. aa 35,0, lanolini, vaselini aa 50,0. M. D. S. Паста для втирания.

Эритразма. Окаймленная экзема.

(*Erythrasma. Eczema marginatum.*)

Эритразма выражается буровато-желтоватыми пятнами, совершенно подобными по цвету пятнам *pityriasis versicolor*, развивающимися на коже верхних частей внутренних поверхностей бедер, соприкасающихся с мошонкой, в паховых складках и реже — подмышечных впадинах. Страдание сопровождается небольшим зудом.

Причиной служит грибок *microsporon minutissimum*, открытый Береншпрунгом (*Bärensprung*) и очень сходный с *mikrosporon furfur*.

Лечение должно преследовать ту же цель, как и при *pityriasis versicolor*, т.-е. произвести отслойку рогового покрова, вместе с которым удаляется и грибок. Эта цель достигается ежедневным сильным размыиванием *spiritu saponato kalino* на фланели. В течение 2 — 3 недель можно произвести полное удаление верхних слоев рогового покрова и достигнуть излечения болезни.

Эритразма иногда осложняется экземой, *eczema marginatum*, точно соответствующей области, пораженной эритразмой. Данный участок краснеет, инфильтрируется, мокнет, иногда образуются глубокие трещины. Граница со здоровой кожей резкая в виде возвышенного края. Улучшаясь в центре, болезнь распространяется по периферии.

Развитию *eczema marginatum* способствует, с одной стороны, усиленное потение соприкасающихся участков кожи, а с другой — индивидуальная чувствительность кожи к внешним раздражениям. Поэтому лечение должно быть сходным с лечением острой экземы: внутрь — успокаивающие (бром, хинин, эрготин), снаружи — сосудосуживающие — свинцовые примочки, а по прекращении мокнутия — решающие: мыльные размывания, сначала слабые, затем постепенно усиливающиеся, с последовательным наложением индифферентных мазей: ung. *Wilsonii*, ung. *zinci*, ung. *diachylon*.

Актиномикоз.

(*Actinomycosis*.)

Кроме вышеописанных растительных паразитов, развивающихся в эпителиальной ткани, есть другие, также растительные паразиты, поражающие соединительную ткань. К последним относится лучистый грибок, дрожжевой грибок и споротрихий.

Актиномикоз вызывается лучистым грибом (рис. 78), который в глубокой части кожи вызывает образование узлов из грануляционной ткани. Узлы постепенно увеличиваются, достигая величины вишни, боба и более, краснеют, размягчаются и вскрываются. Из них вытекает жидкий гной с характерными серовато-зелеными песчинками, представляющими под микроскопом друзы лучистого грибка.

Любимое место болезни — щеки, челюстная и подчелюстная области, но она может развиваться и на других местах. Одновременно с кожей иногда поражаются и внутренние органы, чаще легкие.

Лечение состоит в выскабливании и выжигании термокаутером узлов и в употреблении внутрь больших количеств *kalii jodati* (до 2 — 4 г в сутки), который является как бы специфическим противопаразитным средством для лучистого грибка. Лучи Рентгена дают хороший результат: W. 10, через 1-мм алюминиевый

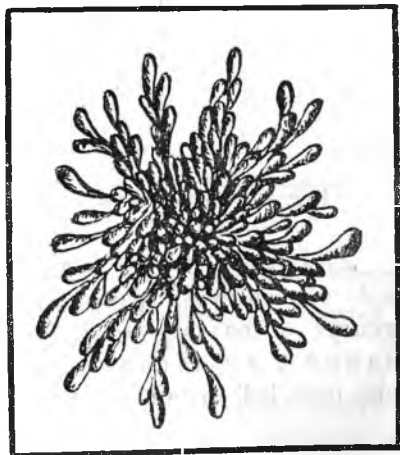


Рис. 78. *Actinomyces*.

Дрожжевые грибки.

(Blastomycosis.)

Blastomycosis вызывается грибами (рис. 79), сходными с дрожжевыми грибами, и выражается образованием угревидных узелков и узлов, распадающихся в язвы, с серозным отделением, часто с кратерообразными подрывными краями и сосочковидным или грибовидным разрастанием дна. Описаны также бластомикотические эрозии межпальцевых складок ног. При этом кожа ярко-красная, слегка влажная, эрозия окружена беловатой каймой отстающего рогового слоя.

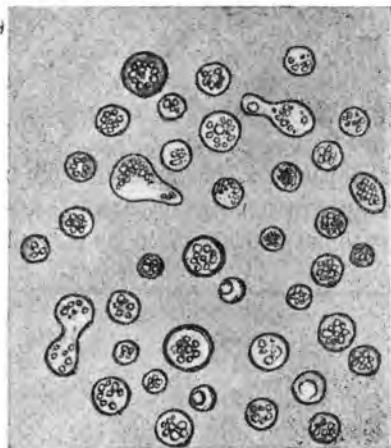


Рис. 79. Blastomycetes.

Течение болезни очень продолжительное, многие годы. Могут быть метастазы во внутренних органах, и болезнь может окончиться летально.

Распознавание должно иметь в виду *tuberculosis cutis verrucosa* и вегетирующий *рак кожи*. Угревидные узелки в окружности язв и грибки округлой формы с двуконтурной оболочкой отличают бластомикоз от первого страдания, а от второго, кроме того, отличает и продолжительность течения бластомикоза.

Лечение. В виду того, что бластомицеты погибают при повышенной температуре, рекомендуют лечение теплом — прикладывание пузыря с горячей водой. Более радикальным является выскабливание и выжигание язв. При эрозиях рекомендуется смазывание *tinct. iodi* со спиртом 1:2 и присыпка *acido salicylico* с тальком 1:2.

Споротрихоз.

(Sporotrichosis.)

Споротрихоз, довольно редкое страдание, описано впервые в 1898 г. (Schenk в Америке), но собственно детальная разработка болезни началась лишь с 1906 г. (Beurmann, Gougerot во Франции). В России описано немного случаев, что, впрочем, в значительной степени, нужно думать, относится к малому еще знакомству с болезнью.

Болезнь вызывается особым растительным грибом *sporotrichum* (рис. 80), состоящим из ветвящихся нитей мицелия и спор. Он очень распространен в природе и образует плесень на гнилых деревьях, на

старых стенах, в цветочных горшках, на злаках (сено и др.). Характерна его культура. Будучи посеян на среде Сабуро, он дает, при комнатной температуре, на 4—5 день матовые точки — колонии, которые, разрастаясь, принимают бугристоскладчатый вид, а через 1—2 недели начинают буреть и, наконец, делаются черными. В организм человека грибок попадает через травму кожи или слизистой, также через пищеварительный канал.

По клинической картине страдание многоформенное и выражается пятнами, пузырьками, пустулами, узлами, язвами, абсцессами. Отличают следующие виды:

1. *Sporotrichosis gummosa subcutanea dispersa*, в виде подкожных узлов разной величины, до 2 см в диаметре, растущих к поверхности кожи, где вскрываются, образуя язвы и оставляя свищевые ходы.

2. *Sporotrichosis ethymatiformis* — язвы, напоминающие *ethyma vulgare*.

3. *Lymphangoitis gummosa sporotrichotica* — узлы по ходу уплотненных лимфатических сосудов.

4. *Abscessus sporotrichoticus multiplex*.

5. *Sporotrichosis cutis verrucosa seu papillomatosa* представляет собою инфильтраты округлого очертания, покрытые сопочковыми разрастаниями, в промежутках между которыми выдавливается гной.

6. *Sporotrichosis epidermoidalis*, при поражении преимущественно эпидермиса, выражающийся образованием красноватых шелушащихся пятен, пузырьков и пустул.

Поражаются также и слизистые оболочки в форме ангины, стоматита, ларингита, трахеита, ринита, с серовато-беловатыми пятнами и папулами.

В наблюдавшихся в нашей клинике случаях в одном, *sp. gummosa*, заражение произошло через кариозный зуб, в другом, *sp. ethymatiformis*, заражение произошло через травматическую ссадину кисти

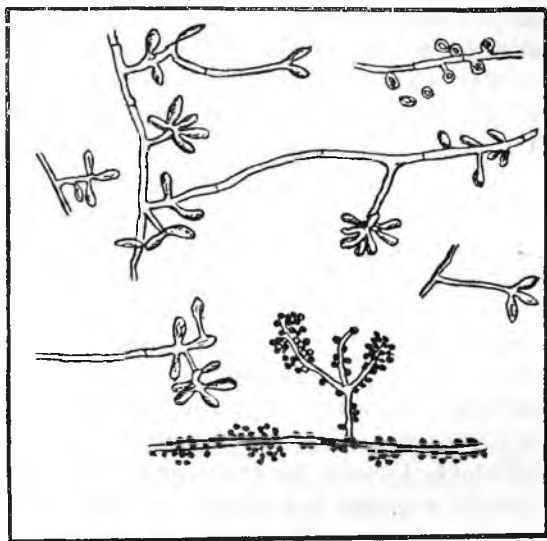


Рис. 80. *Sporotrichum*. Ветвящийся мицелий и споры.

руки.¹ Третий случай, *sp. epidermoidalis*, интересен по своей локализации на головке члена, внутреннем листке крайней плоти и мошонке². Четвертый случай относится к поражению слизистой губ, нёба и зева и вначале был принят за сифилитические опаловые пятна и папулы³. Пятый случай, осложненный раком, представлял большие разрушения губ.⁴

Патологоанатомические изменения. Наружная часть споротрихозного узла состоит из клеток соединительной ткани, лимфоцитов, плазматических и тучных клеток. Средняя часть — из эпителиоидных и гигантских клеток. Самая центральная — из нейтрофильных полинуклеаров и макрофагов. Отсутствие в последней некроза и казеозного перерождения считается характерным для споротрихоза.

Течение хроническое, годы. Бывает и острое, с лихорадкой до 39° Ц, но вообще благоприятное, особенно при надлежащем лечении. Лишь редко развивается кахексия и смерть.

Распознавание по клинической картине довольно трудное. Всего скорее можно смешать споротрихоз с сифилитическими папулами слизистых оболочек, сифилитическими гуммами и язвами, с туберкулезными язвами и бластомикозом.

Сходство с *сифилитическими папулами* слизистых (*plaques muqueuses*) очень большое, так что диагноз невольно останавливается на сифилисе. Единственным клиническим отличием могут служить серовато-беловатые точечные пятнышки, разбросанные близ папул при споротрихозе (самый начальный росток грибка), чего не бывает при сифилисе. Гуммы при споротрихозе обыкновенно множественные и различного возраста (маленькие и большие узлы), тогда как сифилитические гуммы весьма часто одиночные и во всяком случае в небольшом количестве (2—5), и притом одинакового возраста. Споротрихозные язвы часто сопровождаются неизъязвившимися гуммами и могут существовать очень долгое время, тогда как при сифилисе обыкновенно все гуммы переходят в изъязвление, и язвы более склонны к произвольному заживлению.

Туберкулезные язвы более поверхностные. От бластомикоза можно отличить только по культурам.

Да и вообще при всех формах споротрихоза решающее слово в диагнозе принадлежит культурам, столь характерным для споротрихоза.

¹ А. П. Лавров Споротрихоз кожи — два случая его. «Клин. медиц.», 1924, № 1.

² П. В. Кожевников, *Sporotrichosis epidermoidalis*. «Юго-восточный вестник здравоохранения», 1924 г., № 3—4.

³ Проф. П. В. Никольский. Случай споротрихоза слизистой оболочки. Сообщено в Донском дермат. и венер. о-ве 30 апр. 1922.

⁴ Г. Н. Волгов. *Sporotrichosis gummosa*. Сообщ. в Донском дермат. и венер. о-ве 19 марта 1922.

Для диагноза может служить также реакция агглютинации спор с кровяной сывороткой больного и реакция связывания комплемента, но типу реакции Вассермана. Но эти реакции групповые, ибо дают положительные результаты и с другими грибами (молочницей, актиномикозом).

Наконец, вызывается подкожная реакция по методу Потрие (Pautrier): одна петля разводки растирается с 10 г физиологического раствора поваренной соли, стерилизуется при 120° Ц и $1\frac{1}{2}$ куб. см. смеси впрыскивается под кожу больному. В случае споротрихоза быстро наступает местная и общая реакция с повышением температуры до 39° Ц.

Лечение состоит во внутреннем употреблении *kalii jodati* в больших дозах, 2—4—6—10 г в сутки, в течение продолжительного времени, и снаружи в смазывании чистой *t-ra jodi* или: *jodi puri* 0,4, *kalii jodati* 0,8, *glycerini* 20,0. Иодистый калий, как видно из опытов в пробирке, не действует непосредственно на грибки, но, нужно думать, он усиливает фагоцитарную деятельность лейкоцитов.

Ложная водяница.

(*Pseudodysidrosis mycotica*.)

Страдание выражается образованием маленьких пузырьков преимущественно на пальцах рук, но также вообще на кистях и стопах, от булавочной головки и до горошины, без воспалительного ободка. Высыпание сопровождается зудом. Как вторичное явление, благодаря расчесам, может развиться экзематозное состояние: краснота, мокнутие, корки. Иногда пузырьки располагаются полукругами, что характерно для данного страдания в отличие от очень сходного с ним *dysidrosis vera*.

В содержимом пузырьков находятся грибки, похожие на плесневые, различных видов: *epidermophyton inguinalis* Sabouraud, *epidermophyton d'Ota*, *clureum*, *gypseum* и др.

Содержимое пузырей прививается здоровому человеку.

В нашей клинике д-р Пяткин¹ сделал себе удачную прививку. Патологическая анатомия. Пузырьки образуются не вследствие изменения потовых желез, как это бывает при настоящем *dysidrosis*, а вследствие вакуольного перерождения эпителиальных клеток.

Распознавание. Очень легко смешать с *истинным dysidrosis*, но при последнем пузырьки располагаются беспорядочно, а главное—стерильны.

¹ В. В. Пяткин. «Медицинская мысль», 1925, т. III, кн. 3.

Лечение состоит в применении дезинфицирующих: смазывании иодом, втирании мази с *hydrarg. praecipitato flavo* и мыльных размываниях.

ЖИВОТНЫЕ ПАРАЗИТЫ.

Животные паразиты, *eriza*, различно относятся к коже человека. Одни имеют на ней лишь временное пребывание с целью питания (комары, мухи, клопы), другие живут на поверхности кожи (вши), третьи живут в самой коже на большей или меньшей глубине (чесоточный клещ, личинка бычьего овода, пузырная глиста, нитчатка).

Чесотка.

(*Scabies*.)

Чесотка представляет самое распространенное кожное страдание. В СССР она составляет более чем третью часть всех кожных страданий. По данным управления главного врачебного инспектора в 1913 г. зарегистрировано всего чесоточных больных 5.475.594 на 13.915.299 всех кожных больных. Хотя страдание само по себе не тяжелое, но такое массовое заболевание едва ли может быть безразличным для государства, так как $5\frac{1}{2}$ миллионов граждан, благодаря зуду, лишаются на многие недели и месяцы покоя и сна, причем, конечно, уменьшается и трудоспособность. Кроме того, пораженная кожа дает удобные ворота для внедрения в организм и других заразных начал. Поэтому борьба с чесоткой составляет не только общественное, но и государственное дело.

Чесотка вызывается чесоточным клещом, *asarus scabiei* (рис. 81) из класса паукообразных, *arachnoideae*, группы бестрахейных клещей (не имеющих никаких органов дыхания), семейства *asarinae*.

Клещ имеет вид черепахи. Самка имеет $\frac{1}{3}$ мм длины и $\frac{1}{4}$ мм ширины. Ее можно видеть невооруженным глазом в виде маленькой белой точки. Спинка ее усажена множеством мельчайших конических возвышений. Лапок — 4 пары: 2 пары передние, оканчивающиеся присосками, и 2 пары задние, оканчивающиеся щетинками. Ротовые органы имеют вид хоботка, в котором помещаются верхние челюсти.

Оплодотворенная самка роет ходы в глубине рогового слоя. Эта работа идет ночью, причем животное выпускает ядовитое вещество, вызывающее зуд. Роаясь в одном известном направлении, зудень оставляет за собой в канале до 50 яиц и экскременты в виде черных зернышек. Молодь, вылупливаясь из яйца, через 2—3 дня выходит из галлерей и через 14 дней достигает половой зрелости.

Самцы меньшей величины, чем самки, не делают ходов, а живут на коже, передвигаются ночью, а днем сидят под роговыми чешуйками.

Заражение происходит при соприкосновении с больным, также от постельного белья. Нередко заражение приобретается в банях. Заразившийся один член семьи, при скученности населения и неряшливости, обыкновенно передает болезнь всем другим членам семьи.

Как показывает самое название, болезнь вызывает зуд. Последний отличается своей напряженностью и мучит больного, особенно ночью. Он занимает большую часть тела; лицо и спина обыкновенно не зудят.

Объективные изменения состоят в сыпи, занимающей грудь, главным образом, от линии через соски и книзу: живот, верхние конечности, особенно часто межпальцевые складки, наружные половые

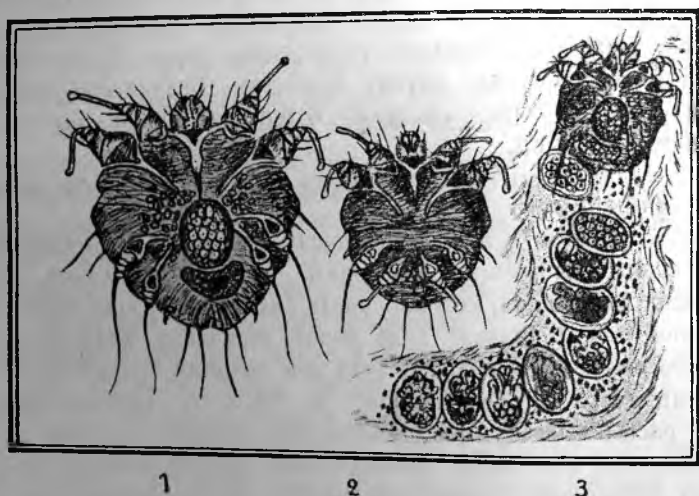


Рис. 81. *Acarus scabiei*. 1. Самка. 2. Самец. 3. Чесоточный ход с яйцами и экскрементами.

органы и верхние половины бедер. Ниже сыпь распространяется редко, а на лице и шее является как исключение.

Сыпь представляет пеструю картину. Работа самого клеща всего менее бросается в глаза. Это — маленькие пузырьки и клещевые ходы, которые нужно искать всего скорее в межпальцевых складках и на половом члене. Более бросается в глаза работа самого больного: расчесы в виде красных линий и кровавых корочек. Наконец, нередко останавливает особенное внимание работа гноеродных бактерий: пустулы маленькие и большие, ссадины и корки.

Болезнь, предоставленная собственному течению, может продолжаться многие месяцы. При лечении проходит в 6—7 дней.

Распознавание болезни. Характерными для чесотки являются клещевые ходы и нахождение самого клеща.

Клещевые ходы наиболее выражены в области лучезапястных сочленений и межпальцевых складок, также на пальцах рук и ладонях, на сосках и половом члене. Они представляют сероватые или черноватые (от темных экскрементов паразита) полоски прямолинейные, иногда искривленные, длиною от нескольких миллиметров до 1—2 сантиметров. Один конец хода слегка возвышается вследствие присутствия самого клеща, который просвечивает в виде мельчайшей беловатой точки и которого можно достать иглой.

Однако, далеко не всегда, и можно сказать даже редко, встречаются ясно выраженные клещевые ходы, и тем более редко удается, и то после очень продолжительных поисков, найти самого клеща. Поэтому приходится обыкновенно ставить диагноз на основании других признаков: расчесов, пузырьков, гнойничков, корок. Но все эти изменения встречаются и при других болезнях. Вследствие этого приходится обосновывать распознавание более на общей картине и на местоположении сыпи.

Чесотку можно наичаще смешивать с *pruritus cutaneus universalis*, *eczema* и *phthyriasis*.

Сходство чесотки с *pruritus cutaneus* состоит в наличии расчесов, а также и вторичных изменений, каковы: пузырьки, пустулы, корки. Сыпь на пальцах, межпальцевых складках, заболевание нескольких членов семьи, начало зуда через несколько дней после бани, улучшение сыпи и уменьшение зуда при лечении противопаразитарными средствами (сера и др.) говорят за чесотку. Нехарактерное для чесотки расположение сыпи, наличие других нервных явлений, резкий красный или белый дермографизм, начало болезни после нравственных потрясений, недействительность противопаразитарных средств говорят за *pruritus cutaneus*.

Сходство чесотки с *экземой* основывается на образовании пузырьков, пустул, корок и на зуде. Но при экземе сначала образуются более или менее большие красные поверхности, на которых уже и появляются пузырьки, гнойнички и корки. При чесотке пузырьки и пустулы развиваются без предварительного разлитого покраснения кожи, обыкновенно одиночно и притом часто достигают больших размеров, до горошины и боба, чего не бывает при экземе.

Сходство чесотки с *phthyriasis* основывается на зуде, на присутствии ссадин, пузырьков, пустул и корок. Но *phthyriasis* имеет свои излюбленные места: волосистую часть головы и места более тесного соприкосновения белья с кожей, каковы: шея (воротник) и место пояса. Наконец, легко найти самую причину болезни — вошь.

Лечение болезни требует применения противопаразитарных средств, а также в виду того, что паразиты скрываются в галереях рогового покрова, средств размягчающих и разрушающих

роговой покров и, наконец, средств кератопластических, способствующих восстановлению рогового покрова. Наилучшим средством, убивающим паразита, является сера. Для размягчения роговых чешуй применяется зеленое мыло и теплая ванна. Для разрушения галерей в роговом покрове служит трение грубым холстом и порошкообразными веществами, как, напр., мелом. Из кератопластических средств применяют деготь.

Все указанные требования удовлетворяются втиранием серной мази, ung. Wilkinsonii, следующего состава:

Rp. Florum sulfuris, olei rusci aa 30,0, saponis viridis, axungii porci aa 60,0, cretae albae 8,0. M. D. S. Мазь для втирания.

Втирание делается ежедневно, утром и вечером, в течение 4-х дней. Оно должно быть энергичным, продолжительным (не менее $\frac{1}{2}$ часа) и должно производиться во всю пораженную кожу. Особенно энергичные втирания производят в более грубую кожу разгибательных сторон конечностей; на нежной коже внутренних сторон конечностей втирания делаются слабее. Общим принципом лечения ставится полное разрушение клещевых ходов и пропитывание их мазью, почему и требуется сильное втирание. Но в то же время необходимо избегать перераздражения кожи. Последнее выражается краснотой и усилением зуда. Эти места при дальнейших втираниях обходят.

По прошествии 4-х дней, после 8 втираний, лечение прекращается. Только в тех случаях, когда бывает очевидно, что больной делал втирание плохо, зуд продолжается попрежнему, пустулы и клещевые ходы цветут, втирания продолжают еще 1—2 дня. По окончании втираний больной остается еще в том же белье в течение 2-х дней и только после этого разрешается ванна, обмывание и смена белья. Более раннее употребление ванны раздражает и без того раздраженную кожу, а в течение 2-х дней отдыха раздражение от втирания проходит.

Белье не сменяется во все время лечения, в течение 6 дней, для того, чтобы лучше использовать паразитоубивающее свойство мази.

По окончании лечения больной может еще долго жаловаться на зуд, и здесь для врача нередко является вопрос: не зависит ли зуд от неизлеченной еще чесотки?

Несомненно, это возможно. Однако, нужно иметь в виду, что этот зуд в большинстве случаев зависит от раздражения кожи лечением. Это может подтверждать наблюдаемая по местам краснота кожи. Поэтому нужно употреблять средства, успокаивающие кожу, каким является ung. Wilsonii (60,0) с magisterium bismuti (8,0).

Вместо серы употребляют некоторые другие противопаразитарные средства: β -naphthol, balsamum peruvianum, styrax liquidum.

Rp. β -Naphtholi 15,0, saponis viridis 50,0, axungii porci 100,0, cretae pulveratae 40,0. M. D. S. Мазь. Делают 2—4 втирания.

Rp. Balsami peruviani seu styracis liquidi 50,0, axungii porci 100, 0.
M. D. S. Мазь. Делают 2 — 4 втирания.

Эти мази приятного запаха, но они могут вызывать нефрит, а, главное, действие их менее надежно.

Носильное и постельное белье больного должно быть тщательно продезинфицировано паром или вываркой в кипящей воде.

В виду большой распространенности болезни, невозможности собрать всех больных в больницы, неудовлетворительности домашнего лечения, естественно, у врачей является мысль о более быстром, надежном и притом массовом амбулаторном способе лечения.

Эта мысль осуществляется в госпитале св. Людовика в Париже, по способу Базена, видоизмененному Гарди: сначала делают сильное втирание черным мылом (худший сорт зеленого мыла) с теплой водой, в течение 20—30 минут; затем делается теплая водяная ванна, $\frac{1}{2}$ —1 час, в которой производят также мыльное размывание. Эти два приема имеют целью размягчить роговой слой и разорвать клещевые ходы, наполненные паразитами и их яйцами. После ванны втирают мазь Гельмериха, видоизмененную Гарди:

Rp. Florum sulfuris 20,0, kalii carbonici 10,0, axungii porci 120,0.
M. D. S. Мазь для втирания.

В то время как больной подвергается указанному способу лечения, вся одежда его дезинфицируется в камере. Втертая мазь не смывается в течение суток, а затем больной берет крахмальную ванну.

Подобный массовый способ лечения должен быть введен в России, особенно в селах, где нередко население чуть ли не поголовно страдает чесоткой. Кстати здесь сказать, что столь необходимые для гигиены кожи бани должны содержаться в тщательной чистоте, так как они сами могут служить источником заражения чесоткой.

Вшивость.

(Pediculosis. Phthiriasis).

Вшивость по распространенности в СССР занимает второе место после чесотки. В вышеприведенном (стр. 430) отчете главного врачебного инспектора за 1913 год, в рубрике «прочие паразитарные болезни», состоящей почти исключительно из вшивых больных, показано 966.325 человек на 13.915.299 кожных больных. Хотя вшивость сама по себе не представляет тяжелой болезни, но в настоящее время известно, что вши служат переносчиками таких заразных начал, как сыпной и возвратный тифы, что придает большое значение болезни.

Причиной болезни является вошь головная, платяная и лобковая (рис. 82). Вошь принадлежит к классу бескрылых насекомых.

Предполагают, что она утратила крылья, как ненужный орган, сделавшись паразитом на теле животных.

Как и другие насекомые, вошь имеет головку, грудь и брюшко. На головке имеются два глаза, два усика — органы осязания и обоняния — и хоботок, через который она выдвигает жало для кусания. Короткая и широкая грудь имеет три пары членистых ножек. Последний членик ножки имеет вид крючка, которым паразит может плотно держаться на волосе. За грудью следует продолговатое брюшко, состоящее из члеников — колец. По бокам колец имеются маленькие отверстия, ведущие в дыхательные трубочки. Имеются глотка, желудок, кишечник, нервная система, половые органы. Самка при откла-

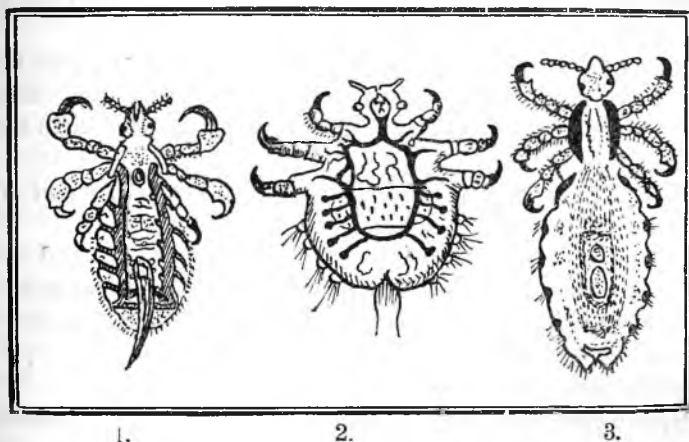


Рис. 82. Вошь: 1. *Pediculus capitis*. 2. *Phthirus pubis*. 3. *Pediculus vestimentorum*.

дывании яичек выпускает клейкое хитинное вещество, приклеивающее их к волосам или к поверхности кожи.

Производя укус, вши выделяют раздражающее вещество, нередко вызывающее гиперемию в виде синих пятен (*tâches bleues*). Укусом, а также ползанием вши вызывают ощущение зуда, расчесы и явления дерматита: красноту, пузырьки, пустулы, мокнутие, образование корок.

Головная вошь, *pediculus capitis*, живет в волосистой части головы. Самка прикрепляет яички (гниды) к волосам плотным хитинным веществом. За один раз кладет до 50 яичек. Из яичек через 5—8 дней выводятся молодые паразиты, но яички еще надолго остаются прикрепленными к волосу. Живые яички — напряженные, стального цвета, мертвые — вялые, серовато-матовые. Особенно развиваются вши в затылочной области, где они образуют целые гнезда.

Под влиянием зуда образуются расчесы и дерматит с экссудацией. Клейкая жидкость склеивает волосы; расчесывание, вследствие болез-

ненности, делается невозможным, и может получиться колтун (см. в главе об экземе).

При значительном развитии болезни, как это бывает особенно у детей, вследствие переноса пальцами заразных начал (стафилококки и другие бактерии) на коже лица развиваются пустулы; также иногда присоединяется конъюнктивит. Шейные и подчелюстные лимфатические железы нередко припухают.

Распознавание болезни обыкновенно легко устанавливается при нахождении паразитов. Нужно лишь иметь в виду, что при зуде головы, даже в семьях высоко интеллигентных, никогда не следует пренебрегать тщательным осмотром волос, так как лишь таким способом можно избежать ошибки вследствие напрашивающегося диагноза нервного зуда.

Лечение болезни состоит в употреблении противопаразитных средств. Самое дешевое и простое средство — керосин пополам с прованским маслом. Для улучшения запаха можно прибавить перувианского бальзама.

Rp. Olei petri, olei provincialis aa 7,50, balsami peruviani 10,0. M. D. S. Мазь для головы.

Этой мазью густо пропитываются кожа и волосы, затем голова покрывается парафиновой бумагой и завязывается чепчиком. Это делается на ночь, а утром голова обмывается теплой водой с мылом. Такой прием повторяется 2 — 3 — 4 раза.

Употребляются также ртутные препараты.

Rp. Hydrargyri sublimati 1,0, acetis 300,0 M. D. S. Для обмывания головы.

Этой жидкостью обмывают голову, не вытирая ее; через час обмывают водой и мылом. Уксус имеет назначение растворять хитинный покров, прикрепляющий гниды к волосам.

Платяная вошь, *pediculus vestimentorum*, длиннее и уже головной вши. Она живет в складках белья: ворота, пояса, которые всегда должно тщательно осматривать. Отсюда она делает путешествия по телу, когда она голодна. Самка откладывает за раз до 70 яиц. По Лессеру, из одной вши в течение 8 недель может развиваться до 5 000 паразитов. Левенгук посадил 2 вши в шелковые чулки, которые не снимал 2 месяца, и после этого времени, по подсчету, там оказалось 18 000 вшей. Паразит прокусывает кожу и сосет кровь. Нередко можно видеть на плечах больного сосущего паразита, голова которого погружена в кожу, а тело приподнято на 45°. В окружности укуса развивается папула — *utca*, вследствие гиперемии и отека. Чесание вызывает ссадины в виде полос. Кроме того, вторично образуются пустулы. Ссадины и пустулы, заживая, образуют поверхностные рубцы и надолго оставляют пигментацию. Последняя иногда испещряет боль-

шую часть кожи. Так как болезнь особенно сильно развивается в скученных помещениях, при крайней неряшливости, в ночлежных домах, у лиц, не имеющих возможности обмывать кожу и даже переменять белье, то ее называют иногда болезнью бродяг.

Платяная вошь служит переносицей возвратного тифа (в ней найдены спирохеты Обермейера) и сыпного тифа. Николь (Nicolle) в Тунисе (1909) первый привил сыпной тиф обезьяне шимпанзе и заметил, что вши, перенесенные с больной обезьяны на здоровую, вызвали у последней то же заболевание. Эти наблюдения подтверждены и другими авторами. Клинические факты подтверждают их. Развитие сыпного и возвратного тифов при скученности и нечистом содержании объясняется развитием вшей при названных условиях. Уменьшение скученности, чистое содержание и дезинфекция прекращают эпидемию. Эпидемия развивается зимой и прекращается летом (более частые обмывания, купания) и не развивается в жарких странах, вследствие большой чувствительности вшей к теплу (погибают при 37° Ц в течение 16 часов).

Распознавание болезни ставится на основании расчесов, пустул, рубцов, пигментаций, особенно сильно выраженных в определенных местах, именно, где одежда плотнее прилегает к коже (ворот, пояс) и на основании нахождения в складках белья и платья самого паразита.

Лечение болезни состоит, главным образом, в дезинфекции и платья паром или кипящей водой. Также смазываются складки белья керосином или серой ртутной мазью. Для кожи можно рекомендовать частые мыльные обмывания.

Вошь лобка. Площица. *Phthyrus pubis*. Она отличается от других видов более широким телом. Живет в волосах лобка. Но иногда распространяется и на другие места. Так, ее можно видеть на волосах груди, живота, конечностей, даже на бровях и ресницах. Самка откладывает по 10 яиц за раз. Вошь прокусывает кожу близ волоса, опускаясь головкой в канал волосного фолликула, причем тело подымается вверх, образуя с поверхностью кожи угол в 45°.

Укусы нередко вызывают появление синих пятен (*tâches bleues*) вследствие того, что при укусе площица выпускает раздражающее отделение слюнных желез. Кроме того, на коже появляются расчесы, пустулы, корки.

Болезнь нередко передается при половом сношении.

Распознавание основывается на присутствии паразитов.

Лечение состоит в применении противопаразитарных средств, особенно — ртутных препаратов. Самое употребительное средство *ung. cinereum*, которой смазывают кожу лобка 1—2 дня, а затем обмывают мылом. Удобнее и чище смачивание без вытирания раствором сугумы в спирте.

Rp. Hydrargyri bichlorati corrosivi 0,06, Alcohol 30,0. M. D. S.
Для смачивания кожи. Смачивать два дня утром и вечером, а затем обмывать мылом.

Пузырная глиста, струнец, овод бычий, собачий клещ, блохи, клопы, комары, москиты.

Кроме вышеописанных, многие другие животные паразиты производят изменения кожи. Мы отметим их кратко.

Пузырная глиста, *Cysticercus cellulosae*, образует в коже множественные, плотные, величиною с горошину, опухоли. Лечение состоит в вырезывании или впрыскивании в пузырь алкоголя.

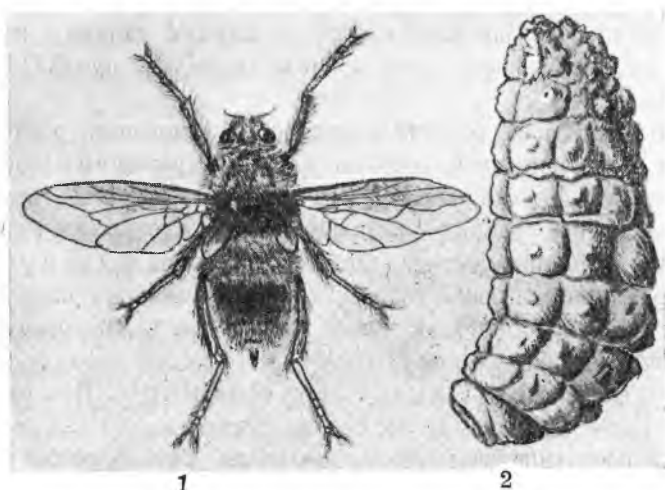


Рис. 83. Овод бычий. 1. Овод. 2. Личинка.

Струнец, *filaria medinensis*, наблюдаемая, между прочим, в Ташкенте, образует в коже и подкожной клетчатке воспалительные опухоли с нагноением. В отверстия вскрывшегося нарыва иногда можно видеть выступающий головной конец червя. Для излечения применяют постепенное и осторожное вытягивание паразита, наматывая его на палочку. Лучше, конечно вскрытие абсцесса и удаление червя.

Овод бычий, *oestrus bovis, larva migrans* (рис. 83). Личинка овода, попав через желудок или прокусив надкожицу ползет на далекие пространства, образуя длинные, зигзагообразные, красноватые полосы. Для уничтожения личинки лучше всего сделать поверхностный надрез у головного конца линии и втирать под-

ную настойку. Применяют также замораживание жидкой углекислотой.

Собачий клещ, *ixodes ricinus*, внедряясь в кожу, насасывает кровь и раздувается до величины вишневой косточки. При потягивании тело отрывается, а присосавшаяся голова остается в коже и причиняет воспаление. Поэтому прежде нужно подействовать скипидаром, бензином, каким-либо эфирным маслом, чтобы убить паразита, и тогда его можно вытянуть целиком.

Блохи (*pulex irritans*), клопы (*asanthia lactularia*), комары (*culicidae*), мухи (*muscidae*), москиты своими укусами производят более или менее сильное воспаление, то ограничивающееся красными пятнами с центральным точечным, более темного цвета, кровоизлиянием, то совершенно напоминающее *urticariam* и *erythema exsudativum multiforme papulosum et vesiculosum*. Нужно иметь в виду что блохи и клопы могут передавать чумные бактерии от грызунов (мыши, крысы, тарабаганы) человеку. Комары, именно порода *Anopheles*, передают человеку плазмодии болотной лихорадки. Мухи переносят на лапках, а также в кишечнике и с испражнениями холерные вибрионы. Для лечения употребляют, смотря по интенсивности воспаления, свинцовые примочки, индифферентные мази. Для истребления блох и клопов требуется чистота. Для истребления комаров и москитов — осушение болот.

ОПУХОЛИ.

ОПУХОЛИ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОГО ТИПА.

Мы рассмотрим фиброму, келоид, липому, ксантому, миксому, остеому, саркому и саркоиды кожи.

Фиброма.

(Fibroma.)

Фиброма представляет опухоль плотную (*fibroma durum*) или мягкую (*fibroma molle*) различной величины от просяного зерна до головки ребенка, иногда сидящую на более или менее толстой и длинной ножке. Опухоли бывают единичные и множественные. Последние описаны выше в главе об аномалиях кожи под именем фиброматоза кожи, или болезни Реклингаузена.

Фиброма — опухоль доброкачественная, после вырезывания не рецидивирует.

Fibroma durum состоит из плотной волокнистой ткани. Волокна идут пучками; между ними лежат веретенообразные клетки. Волокнистые пучки переплетаются и перекрещиваются между собою и очень редко идут лучеобразно. *Fibroma molle* состоит из рыхлой ткани; пространство между волокнами и клетками выполнено серозною жидкостью.

Простая фиброма может осложняться различными изменениями, и тогда получаются следующие формы: *fibroma telangiectaticum*, когда сосуды сильно расширены; *f. cavernosum*, когда это расширение очень значительное; *f. lymphangiectaticum*, когда расширены лимфатические сосуды; *f. cysticum*, когда расширение лимфатических сосудов ведет к образованию кист; *f. myxomatodes*, когда мягкая фиброма содержит большое количество жидкости и ткань ее напоминает слизистую ткань; *f. petrificans*, когда происходит омертвление ткани. Эти разновидности клинически далеко не всегда отличимы. Значительное развитие сосудов (*f. telangiectaticum*) сказывается окраской опухоли и уменьшением при давлении; миксоматозное изменение сказывается значительною мягкостью, омертвление — плотностью.

Келоид.

(Keloid.)

Келоид (от греческого *κηλή* (рис. 84) клешня рака) подразделяется на две формы: истинный (*keloid verum*) и рубцовый (*keloid cicatrisatum*). Первый проявляется произвольно, второй на месте рубца после травмы, после ожога, рубцов после язв. Однако, по существу, обе формы одинаковы.

Keloid verum представляет плотную опухоль, заложенную в дерме, ограниченную, выступающую, с гладкою поверхностью, розового или беловатого цвета. Край опухоли нередко переходят в окружающую ткань в виде отростков, напоминающих клешни рака, откуда и название, данное Алибером (Alibert). Форма опухоли то округлая, то вытянутая, достигает длины 5 см. и более. Достигнув известной величины, опухоль остается стационарной. После вырезывания возвращается на том же месте, хотя часто и в измененном виде, напр., только на местах проколов шва.



Рис. 84. Keloid.

Keloid cicatrisatum имеет те же свойства, но развивается на рубце и не имеет «ракообразных» внедрений.

Опухоль состоит из фиброзной ткани, часто из волокон гиалиново-перерожденных. Эластическая ткань отсутствует. Стенки сосудов и ближайшая окружность их инфильтрированы круглыми мелкими клетками. В истинном келоиде сосочки целы, нормальны и отделены от опухоли полоской нормальной ткани. В рубцовом келоиде, как вообще в рубце, сосочки сглажены.

Образование келоидов зависит от каких-то индивидуальных свойств организма, в силу которых рубцовая ткань превращается в особенную фиброзную ткань. Французские авторы (Дарье — Darier) относят этот процесс к туберкулезу.

Лечение. Оперативное удаление не показано, так как дает возвраты болезни. Применяют подкожные впрыскивания, а также впрыскивания в самую ткань келоида тиозинамина (*thiosinaminum*, дериват эфирного

горчичного масла) в 1% водном растворе, с прибавлением 20% глицерина, или соединения его с салициловокислым натром — *fibrolysinum* (водный раствор 1,5 на 10), имеющийся в продаже в стерилизованных запаянных трубочках (20 — 40 впр. по 2 см³ через день). Средства эти — сосудорасширяющие. Но успех получается далеко не всегда. Рекомендуют электролиз, производящий, собственно говоря, омертвление ткани. Но наблюдаются возвраты, как и после оперативного удаления. С успехом применяются лучи Рентгена в дозе 3 Е. D. при 10 W., с 3-мм алюминиевым фильтратом, повторно через месяц. В конечном результате получаются плоские, белые, иногда слегка углубленные рубцы. Поступают и так: вырезают келоид, и возвраты его на местах швов освещают Рентгеном. Мы наблюдали благоприятное влияние тепла в форме ежедневных продолжительных припарок. Показана также диатермия.

Жировая опухоль. Жировик.

(*Lipoma*.)

Жировик представляет опухоль, растущую из подкожной клетчатки, величиною от лесного ореха до мандарина и более, дольчатую, мягкоупругую, иногда как бы зыблущуюся, покрытую нормальной кожей. Нередко опухоли бывают множественные, располагаясь при этом симметрично; иногда наследственные. У одного моего пациента, студента, художавого, по туловищу и конечностям было 70 больших жировиков; у отца его также огромное количество опухолей. Жировики состоят из жировых клеток и прослоек соединительнотканых, несущих сосуды. Эти прослойки обуславливают замечаемую при ощупывании дольчатость опухоли. В крови находят гиперхолестеринемия до 2,25 на 100 куб. сант. Смотря по величине долек и по качеству стромы, отличают *lipoma durum* и *molle*. В опухоли могут быть вторичные изменения, сообразно с которыми отличают *lipoma telangiectaticum*, *cavernosum*, *lymphangiectaticum*, *myxomatodes*, *petrificum*. Лечение: оперативное удаление опухолей.

Желтая опухоль.

(*Xanthoma. Xanthelasma*.)

Ксантома (от *ξανθος* желтый) представляет собою лимонно-желтые или буро-желтые опухоли, то плоские, почти не возвышающиеся над уровнем кожи (*xanthoma planum*), то возвышающиеся в виде узлов различной величины: от булавочной головки до боба и больше (*xanthoma tuberosum*). Любимые места — лицо и кисти рук, но может

занимать и все другие части кожи, равно как слизистую рта, зева, а при вскрытиях такие же опухоли находят на слизистой бронхов и пищевода, на эндокардии, на внутренней оболочке артерий, в печени и других органах. Болезнь не сопровождается никакими субъективными ощущениями.

Самая частая форма — *xanthoma planum palpebrarum*, в виде одиночных или множественных желтоватых пятен на коже век, преимущественно у лиц пожилых. Значительно реже она ограничивается локтями и коленами. Наконец, бывает распространенной по разным участкам кожи (*xanthoma universale*.) Говорят также о *xanthoma diabeticorum*, когда кожное страдание сопровождается диабетом.

Течение очень продолжительное. Иногда исчезает самопроизвольно; при диабете исчезает с улучшением диабета.

Характерные патологоанатомические изменения состоят в образовании ксантомных клеток с одним или несколькими ядрами, с большим количеством протоплазмы, в которой содержатся зерна и иглы двоякопреломляющей жировой субстанции, окрашивающейся осмием в черный и представляющей, как думают, сложные эфиры холестерина. Ксантомные клетки, вместе с гигантскими, лежат в петлях грубой волокнистой ткани, преимущественно вблизи кровеносных сосудов, в окружности потовых и сальных желез. Клетки эти относятся к соединительнотканным, но способным захватывать сложные жиры. Стенки кровеносных сосудов утолщены. В крови находят гиперхолестеринемия.

Причина болезни. Одни случаи нужно считать наследственными (особенно ограниченные опухоли век), другие — стоящими в связи с измененным обменом веществ: сахарным мочеизнурением, мочекислым диатезом. На первую причину указывают случаи врожденных опухолей и заболевания многих членов семьи. На вторую указывают случаи с расстройством обмена веществ, причем с исправлением обмена проходит и опухоли.

В одном моем случае больной средних лет, ожирелый, с мочекислым диатезом, был покрыт множеством опухолей, но достаточно было одного курса лечения в Карлсбаде, чтобы кожа совершенно очистилась. Наблюдаемые иногда совпадения ксантомы с желтухой можно толковать таким образом, что развившиеся во внутренних органах опухоли препятствуют нормальному току желчи. Проф. Поспелов, в виду наблюдаемого иногда появления ксантом после душевных волнений, также симметричности и иногда встречающейся болезненности узлов, связывает их с неврофибромами.

Предсказание в ограниченных формах (напр., на веках) совершенно благоприятное; но при распространенном процессе, когда можно

думать и об опухолях во внутренних органах, с предсказанием нужно быть осторожным.

Лечение должно быть направлено на улучшение обмена веществ (при тучности, мочекишечной диатезе, диабете). Приносит пользу мышьяк. Местно применяется электролиз.

Опухоль из слизистой ткани.

(Мухом а.)

Миксома редко встречается. Она развивается в подкожной клетчатке и представляет небольшие дольчатые, мягкие узлы, состоящие из звездчатых паукообразных клеток, с длинными отростками, лежащими в беспорядке и заключенными в компактной сети из волокон. Наичаще миксома комбинируется с другими опухолями: мухоляркома, мухолойосаркома.

Лечение состоит в вырезывании опухоли.

Костная опухоль (osteoma.) Известковые отложения.

Настоящая остеома встречается крайне редко, в виде большей или меньшей величины костных пластинок, в коже и в подкожной клетчатке, одиночных или множественных, иногда в рубце и в окружности язв.

Чаще встречаются известковые отложения в различных формах:

1) подкожные, не спаянные с собственной кожей конкременты — обызвествленные жировые дольки величиною с просыное или пшеничное зерно, иногда во множестве наблюдаемые на голених пожилых людей;

2) подкожные и кожные конкременты в виде плотных узелков, прорывающихся одновременно собственно кожу и подкожную клетчатку.

Редкий случай известковых отложений в коже совместно со склеродермией и анетодермией наблюдался в нашей клинике. Узелки были плотные, костяной консистенции, расположенные в толще кожи, сидящие то отдельно, то сливающиеся в неправильные бугристые образования. При проколе из них выделялась густая жидкость, быстро застывавшая на воздухе, состоявшая, как показывала реакция с соляной кислотой, из CaCO_3 . При действии H_2SO_4 в ней образовывались кристаллы сернокислой извести. В моче извести было мало, в крови много. Как показало микроскопическое исследование, известковые отложения были в жировых дольках, некоторые из последних представлялись некротизированными. В окружности отложений развитие гиалинизированной

соединительной ткани и инфильтрация круглыми клетками. Стенки сосудов гиалиново перерождены и утолщены до закупорки;¹

3) обызвествленные опухоли: фибромы, саркомы, эпителиомы;

4) обызвествленные варикозные расширения вен.

Причина известковых отложений лежит в неправильности обмена (Поспелов), в зависимости от нарушенной деятельности эндокринных желез, особенно половых (зависимость между окостенением эпифизарных хрящей и половой деятельностью; остеомалация, развивающаяся при беременности). Однако, для отложения извести требуются предварительные некробиотические изменения ткани, как это и было в нашем случае.

Все описанные опухоли большую часть протекают без всяких субъективных ощущений, но в некоторых случаях могут быть очень болезненными при давлении. Они не требуют лечения, но если бы таковое потребовалось, то оно может быть лишь хирургическим.

Саркома кожи.

(*Sarcoma cutis*.)

Первичная саркома кожи является в виде узла, занимающего кожу и подкожную клетчатку, различной величины, до апельсина. Цвет узлов различный: телесный, желтовато-красный, синевато-красный, багровый, иногда на поверхности заметна сеть расширенных сосудов. Сидят на широком основании или на ножке. Опухоль обычно одиночная, редко множественная, иногда даже в количестве многих сотен, нередко изъязвляется, дает метастазы во внутренние органы и приводит к смерти. Кроме первичной, в коже может быть вторичная саркома, вследствие метастаза из внутренних органов.

Консистенция опухоли твердая или мягкая.

По гистологическому строению отличаются саркому круглоклеточную, веретенообразноклеточную и смешанную, состоящую из круглых и веретенообразных клеток. Как разновидность последней, отличаются гигантоклеточную саркому, в которой, кроме круглых и веретенообразных, имеются и гигантские клетки. Волокнистая строма в саркоме обыкновенно в малом количестве. Но бывают смешанные формы: *fibrosarcoma* с значительным развитием соединительной ткани, точно также *angiosarcoma* и *lymphosarcoma* с значительным развитием кровеносных и лимфатических сосудов.

Распознавание клинически нередко бывает затруднительным, и тогда вопрос решается гистологическим исследованием.

Лечение оперативное: удаление опухоли.

¹ А. П. Аккобжанянц. Случай склеродермии с пятнистой атрофией и известковыми отложениями в коже. «Русский вестн. дермат.», 1925, № 1.

Меланотическая саркома.

(*Melanosarcoma*.)

Меланосаркома обыкновенно развивается на месте *naevi pigmentosi*, в виде узлов вишнево-красного и черного цвета, от просяного зерна до ореха и более, мягковатых на-ощупь, болезненных при давлении. Опухоль бывает одиночная или множественная. В последнем случае сначала появляются опухоли около начальной, а затем рассеиваются по всей коже.

Течение в большинстве случаев быстрое: через несколько месяцев, при опухании ближайших лимфатических желез, происходит рассевание опухоли не только по коже, но и по внутренним органам, что скоро приводит к смерти. В некоторых случаях опухоль существует в течение нескольких лет как доброкачественная, но потом вдруг быстро дает метастазы и приводит к смерти. Меланосаркома вообще одна из самых злокачественных опухолей.

По гистологическому строению это — круглоклеточная, веретенообразноклеточная или смешанная саркома, клетки которой содержат большое количество пигмента.

Лечение может быть только оперативное.

Множественная пигментная идиопатическая саркома кожи.

Капозы.

(*Sarcoma multiplex idiopathicum pigmentosum cutis*
Kaposi.)

Sarcoma multiplex idiopathicum pigmentosum cutis (рис. 85, 86, 87) описана *Kaposi* в 1870 г. В России описана в 1891 г. проф. Стуковенковым, в клинике которого наблюдалось 10 случаев болезни, из которых два окончились смертью.

Болезнь, по заявлению многих больных, начинается после простуды. На ладонях и подошвах, большею частью симметрично на правой и левой стороне, сначала появляется бесцветный отёк, который затем сменяется цветным отёком, и, наконец, на отёчной темнокрасной поверхности образуются узлы с дробину и более, а также плоские инфильтраты сине-красного цвета, временно значительно уменьшающиеся после продолжительного массажа. Узлы и инфильтраты распространяются вверх по конечностям, на голени и бедра, на предплечья и плечи, далее, сравнительно редко, на лицо (кожу носа, ушных раковин и проч.) и туловище.

Впрочем, хотя начало болезни на кистях и стопах, равно как и симметрическое расположение на правой и левой конечностях предста-

влияют явления довольно характерные, все же иногда начало бывает на других местах (предплечье в случае Фокина, *glans penis* в случае проф. Томмазоли), а также симметричность иногда отсутствует (случай Фокина и Бернгардта).

Узлы редко подвергаются распадению. Чаще некоторые из них на конечностях сильно разрастаются, образуя губчатую, дырчатую массу самого неправильного очертания, с неровной поверхностью, на которой появляются сильно мокнущие ссадины; обильное отделяемое их издает отвратительный запах.

Сливающиеся узлы и плоские инфильтраты сильно обезображивают пальцы, которые представляются раздутыми, веретенообразными, согнутыми (рис. 86). Иногда наблюдается кровотечение из узлов.

Субъективные ощущения состоят редко в ощущении зуда, наичаще в ощущении боли, ломоты, жжения в узлах, которое часто достигает сильной степени, лишает сна и заставляет больного отказываться от всякой работы.

Потоотделение, особенно на ладонях и подошвах, усилено.

Иногда наблюдаются одновременно в коже телеангиэктазии. Из других расстройств нужно указать на часто отмечаемый не только у пожилых, но и у молодых лиц, артериосклероз.

Течение болезни. Узлы и инфильтраты вообще мало склонны к всасыванию; только иногда некоторые проходят, оставляя окрашенное пятно. Наоборот, болезнь склонна к медленному прогрессивному распространению: начавшись на кистях или стопах и подвигаясь снизу вверх в течение 1—2 лет, она занимает конечности, затем переходит на лицо и туловищу. По конечному исходу она относится к тяжелым болезням. Капозы вначале определял течение ее до смерти в 2—3 года. Но затем он расширил этот срок до 10—15 лет, а в настоящее время мы знаем и случаи излечения: один из клиники Капозы, другой — Стуковенкова. У последнего больного узлы прошли



Рис. 85. *Sarcoma multiplex idiopathicum pigmentosum cutis Kaposi*.

после трехмесячного тяжелого рожистого и нагноительного процесса. Смерть наступает при явлениях маразма и диссеминации опухолей во внутренних органах: желудке, кишках, печени, почках, панкреатической железе, а также и при явлениях пиемии, развивающейся вследствие распада узлов.

Гистологическое исследование пораженной кожи указывает: 1) на обилие и расширение кровеносных сосудов, утолщение их стенок и присутствие кровяного пигмента в ткани; иногда все поле зрения представляет сплошную сеть сильно расширенных сосудов, как это наичаще наблюдается в узлах из внутренних органов; 2) зна-



Рис. 86. *Sarcoma multiplex idiopathicum pigmentosum* Kaposi.
Согнутые пальцы.

чительное развитие лимфатических сосудов и щелей; 3) скопление круглых и веретенообразных клеток, что и побудило Капози дать название болезни — саркома.

Уже первые исследователи, на основании клинической картины и гистологических данных, нашли не вполне точное название *sarcoma pigmentosum*. Поэтому описываемому страданию различные авторы дают различные названия: множественная лимфаденоматозная саркома, ангиосаркома, *sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum*. Капози, сознавая также неточность своего названия, в последующее время отнес это страдание к саркоидным опухолям.

Распространение узлов от периферии к центру и диссеминация их во внутренних органах, говорящие как будто за саркоматозный харак-

тер, многими авторами, в виду отсутствия опухания лимфатических желез, объясняются как самостоятельные изменения ткани в данных участках.

Причина болезни не выяснена. Симметричные отёки, предшествующие образованию опухолей, имеющих сосудистое строение, наводят на мысль о сосудистом неврозе. Невралгии и обнаруживаемая в некоторых случаях реакция перерождения нервов, иногда развитие болей до высыпания, находящая инфильтрация нервных пучков лейко-



Рис. 87. *Sarcoma multiplex idiopaticum pigmentosum* Kaposi.
a — сильно расширенные сосуды; b — инфильтрация.

цитами, пигментное перерождение ганглиозных клеток межпозвоночных узлов, равно как и некоторое сходство страдания с эритромелалгией (краснота пальцев с сильными болями), болезнью несомненно нервной, говорят в пользу высказанного предположения.

Лечение болезни не установлено. Сам Капоз и за ним многие другие дерматологи заявили, что мышьяк не имеет никакого значения. Однако, последующие авторы указывают на то, что мышьяк, употребляемый в больших дозах и повторно, оказывает большое влияние (Фокин, Дагаев). Указано также на значительное улучшение болезни у сифилитиков от ртутного лечения (Пивоваров).

Из местных средств можно указать на местные горячие ванны, как успокаивающие боль, и на лучи Рентгена, под влия-

нием которых не только успокаивается боль, но и происходит значительное всасывание узлов. Дозы Рентгена: при трубке средней жесткости, $1\frac{1}{2}$ Е. D: повторно через 2 недели или лучше при жесткой трубке (W. 10), с 1 мм алюмин. фильтром, 1 Е. D, с повторением — через 3 недели.

Доброкачественные саркоидные новообразования типа Бёка.

(*Multiplex benignes sarcoid. Benignes miliar lupoid.*)

Во множественной пигментной идиопатической саркоме Капозы мы видим опухоль, напоминающую саркому, но по существу не относящуюся к саркоме. Есть и другие опухоли, находящиеся в таком же положении. Таким опухолям Капозы присвоил название саркоидов.

Саркоиды Бёка (Voesck) представляют опухоли величиною от коноплиного зерна до серебряного рубля. Их разделяют на кожные — собственно в коже и подкожные — в подкожной клетчатке. В развитии их отличают: 1) период высыпания узлов, медленного или быстрого, нередко сопровождающегося зудом, краснотой и припуханием кожи; 2) период цветения, характеризующийся увеличением опухолей и окраской в более насыщенный красный, нередко синеватый цвет; 3) период пигментации, самый характерный, выражающийся пигментацией узлов и их окружности; 4) период атрофии и телеангиэктазий, когда центральная часть больших узлов западает и на ней заметны расширенные сосуды, а периферическая часть узла еще некоторое время остается возвышенной; но затем весь узел атрофируется, оставляя беловатый или пигментированный едва заметный рубец.

Большие узлы образуются из маленьких, с булавочную головку, узелков, которые хорошо можно видеть при диаскопии на поверхности большого узла и в окружности его. Узлы не подвергаются ни нагноению, ни изъязвлению, за редкими исключениями.

Иногда процесс является не в виде узлов, а в разлитой форме: группы милиарных узелков не сливаются в большие узлы, а располагаются на припухшей, покрасневшей и пигментированной коже. Опухоли любят лицо и разгибательные поверхности конечностей; очень часто располагаются симметрично. Рядом с старыми высыпаниями с рубцовыми изменениями наблюдаются молодые высыпы. Нередко процесс регрессирует в центре и прогрессирует по периферии. Часто припухают лимфатические железы.

Течение болезни продолжается годы.

Исход всегда благоприятный.

Патологоанатомические изменения состоят в клеточной инфильтрации кожи, преимущественно эпителиоидными клетками

и в скудном количестве одно- и многоядерными лейкоцитами; встречаются гигантские клетки, а также в значительном количестве меланобласты.

Причина болезни точно не выяснена, но относят страдание к туберкулезу, в виду припухания лимфатических желез и совпадения с различными явлениями туберкулеза (выдох в верхушках, положительная реакция с туберкулином и проч.). Однако, туберкулезные палочки не найдены. Поэтому думают, что болезнь вызывается туберкулезными токсинами.

Лечение состоит в применении мышьяка, под влиянием которого опухоли проходят.

Кольцевидная гранулема.

(*Granuloma annulare*.)

Названное страдание характеризуется высыпанием маленьких узелков, от булавочной головки до горошины, полупрозрачных, беловатых или бледнорозовых, с гладкой поверхностью, располагающихся близко друг к другу, в форме кольца, диаметром в 1,5—3 см. Средину круга представляет здоровую кожу или частью атрофированную, если там уже были и атрофировались узелки и процесс распространился к периферии. Узелки не вызывают никаких субъективных ощущений.

Излюбленное место — тылы кистей и пальцев, но может быть и на других местах. В наблюдавшемся в нашей клинике случае страдание было на предплечии.¹

Течение медленное — месяцы и годы. Узелки атрофируются, заменяясь по периферии новыми.

Патологическая анатомия. В собственно коже имеется клеточный инфильтрат то разлитой, то гнездный. Много фибробластов, встречаются эпителиоидные клетки.

Причина неизвестна. Страдание считают близко стоящим к саркоидам Бёка.

Лечение. Мышьяк и лучи Рентгена.

Mycosis fungoides (Alibert).

Страдание, известное под именем *mycosis fungoides* Alibert'a, в своем течении проходит три периода: 1) экзематозный, выражающийся образованием сильно зудящих красноватых дискообразных пятен, частью шелушащихся, частью мокнущих и выделяющих камедообразную жид-

¹ О. Д. Баранова. *Granuloma annulare*. Доложено в Донском дерматологическом и венерологическом обществе 2 марта 1924 г.

кость, засыхающую в корочки; пятна сливаются друг с другом, занимая, таким образом, большие поверхности на лице, туловище, конечностях; 2) лихеноидный, в течение которого кожа инфильтрируется и уплотняется; зуд еще более усиливается. Оба эти периода составляют премикотический период; 3) третий, самый характерный период — образование опухолей, величиною в мандарин, апельсин, красного цвета, с гладкой, лоснящейся поверхностью, напоминающих помидоры. Опухоли могут быть одиночными и множественными. Они вырастают на лихеноидных или на здоровых участках кожи. Опухоли склонны к произвольному всасыванию и к изъязвлению. Язвы дают вонючее отделение, наклонны к кровотечению, к образованию грибовидных разрастаний и к значительному углублению, до фасций, мышц и даже кости. В последних случаях развивается септицемия, приводящая к смерти. Премикотический период не обязателен; иногда болезнь прямо начинается с образования опухолей.

Все лимфатические железы припухают.

Течение премикотического периода может быть очень продолжительным (даже до 30 лет). Период опухолей менее продолжительный и большей частью оканчивается смертью.

Патологическая анатомия. В экзематозном и лихеноидном периодах находят в покровном эпителии акантозис (увеличение Мальпигиева слоя с длинными межсосочковыми продолжениями) и полости с лимфоцитами и плазматическими клетками; в сосочках — отёчность и гипертрофию; в подсосочковом слое — инфильтрацию различными клетками: лимфоцитами, соединительнотканными клетками, плазматическими, тучными, гигантскими, эозинофилами. В опухолях изменения сосредоточиваются в собственно коже и подкожной клетчатке и состоят в сильной инфильтрации преимущественно лимфоцитами, которые раздвигают волокна соединительной ткани, делая из нее как бы сетчатую ткань. Стенки сосудов утолщены, многие сосуды облитерированы, что ведет к некробиозу ткани. Во внутренних органах: в легких, желудке, кишечнике, печени, селезенке, в гортани, миндалевидных железах, мягком небе находили инфильтраты и узлы.

Причина болезни неизвестна. Различные авторы относят ее к лимфодермии, к саркоме, к инфекционной гранулеме. По гистологическому строению она всего более соответствует последней. Болезнь относят в группу саркоидов.

Распознавание в периоде премикотическом очень трудно. Тут болезнь можно смешать с экземой, с кожным зудом, осложненным экзематизацией и лихенизацией, с *dermatitis exfoliativa universalis*, *pityriasis rubra Hebrae*. Отличительными чертами *mycosis fungoides* служат: значительное уплотнение кожи, сравнительно малое шелушение, но особенно крайнее упорство и продолжительность болезни.

Лечение. Болезнь иногда проходит самопроизвольно, а также под влиянием острых инфекционных процессов (рожа). Из лечебных средств хорошее влияние оказывает мышьяковая терапия в восходящих дозах и в течение продолжительного времени ($1\frac{1}{2}$ года и более), в форме подкожных впрыскиваний и внутреннего употребления азиатских пилл. Для местного лечения с успехом применяется рентгенотерапия, как в премикотической стадии, так и в периоде опухолей. Явления проходят уже при слабых дозах: $\frac{1}{3}$ — $1\frac{1}{2}$ Е. D. при 5 — 7 W.

ГЛАДКОМЫШЕЧНЫЕ ОПУХОЛИ.

(Myoma cutis. Leiomyoma cutis.)

Миомы кожи наблюдаются редко. Они имеют вид маленьких, от просыяного зерна до чечевицы и более, узелков телесного или красноватого цвета; встречаются чаще на лице, шее, конечностях, иногда очень болезненны при дотрогивании. Состоят из гладкой мышечной ткани, с большим или меньшим содержанием соединительной ткани. Развиваются из mm. arrectores pilorum и из гладких мышц сосудов. Опухоли доброкачественные. В них появляются боли пароксизмами при охлаждении, душевных волнениях, при искусственно вызванной гусиной коже.

Распознавание ставится, главным образом, на основании гистологического исследования. Из клинических данных, для отличия от неврофибromы, служит красный цвет, особенно при охлаждении и при вызванной гусиной коже, чего не наблюдается в нейрофибромах.

Для лечения применяются мышьяк и оперативное удаление.

СОСУДИСТЫЕ ОПУХОЛИ.

(Angioma.)

Отличают следующие виды сосудистых опухолей:

1. Простая ангиома.

(Angioma seu haemangioma simplex; teleangiectasia.)

Простая ангиома представляется в виде не возвышающихся или едва возвышающихся пятен ярко-красного цвета, напоминающего цвет пламени (naevus flameus), или синевато-красного цвета, величиною от булавочной головки до ладони и более, иногда занимающих половину лица, часть конечности и проч. Иногда пятна имеют вид паука; от центрального маленького красного пятна (тело паука) идут красные отростки (ноги паука). Простая ангиома может быть врожденной (naevus vasculosus, teleangiectasia congenita) или приобретен-

ной. Впрочем, и в случаях приобретенных все же предполагают врожденные зачатки. В одних случаях ребенок уже рождается с *naevus vasculosus*, в других случаях болезнь развивается в первые годы жизни или даже в периоде *pubertatis*. В третьем ряде случаев



Рис. 88. *Naevus vasculosus*.

опухоли развиваются в пожилом возрасте (*naevi vasculosi tardivi*, *angioma senile*), преимущественно на туловище, в виде красных пятен с булавочную головку, встречаясь в возрасте 70—80 лет; вероятно, эти последние обусловлены расширением сосудов, вследствие склероза кожи, хотя и здесь предполагают наличие уже при рождении микроскопических зачатков. Кроме преклонного возраста, приобретенные ангиомы наблюдаются при болезнях сердца и сосудов, при

застоях в нижней полой вене, при злоупотреблении алкоголем (как известно, расширяющим сосуды), при болезнях различных внутренних органов: печени, почек, легких, матки.



Рис. 89. *Teleangiectasiae*.

Патологоанатомические изменения состоят в большом развитии расширенных капилляров, иногда с присоединением новообразующихся (в форме эндотелиальных тяжей). Строма опухоли состоит из соединительной ткани с эластическими волокнами.

2. Пещеристые сосудистые опухоли.

(*Angioma seu haemangioma cavernosum*.)

Эти опухоли представляются в виде возвышений от горошины до грецкого ореха и более, вишнево-красного цвета, напрягающихся при затруднении оттока крови, при крике, кашле, напряжении брюшного пресса (эректильные опухоли) и напоминающих губку, пропитанную кровью. Иногда они пульсируют, вследствие значительного развития артериальных веточек. Эти опухоли врожденные; в редких случаях наступает самопроизвольное излечение, путем запустения сосудов и образования рубца. Наичаще они располагаются в области жаберных щелей: на веках, ушных раковинах, губах, щеках, в подчелюстной и заушной областях.

Патологическая анатомия. Опухоли состоят из различной величины пещеристых полостей, наполненных кровью и выстланных эндотелием. Полости ограничены тонкостенными сосудами с небольшим количеством соединительной ткани.

К *angioma cavernosum* отчасти можно отнести *granuloma telangiectodes*, страдание, описанное Понсе (Poncet) и Дором (Dor) в 1897 г. под именем *bothriomycosis*, вследствие сходства с подобною опухолью у животных, вызываемую грибом *bothriomyces*, подобным *actynomyces* (рис. 90). Однако, ока-

залось, что никакого грибка в опухоли не имеется. *Granuloma telangiectodes* представляет опухоль величиною от горошины до грецкого ореха, сферическую или слегка уплощенную, с сосочковидной поверхностью, напоминающей малину или тутовую ягоду, сидящую на ножке и похожую на гриб с ножкой и шапочкой; цвет опухоли ярко-красный или синевато-красный, иногда, при кровоизлиянии, коричневый и даже черный, напоминающий меланотическую опухоль. Консистенция плотная, эластическая; поверхность изъязвленная, выделяющая серозно-гнойную жидкость, засыхающую в корочку. Любимое место — ладонь и ладонная поверхность пальцев, но может быть и на других местах. Опухоль всегда доброкачественная.



Рис. 90. *Bothriomycosis*.

По гистологическому строению это — гранулема с очень развитою сетью сосудов. На периферии опухоли — плотная фиброзная соединительная ткань, в середине — молодая ткань и масса кровяных полостей, придающих губчатый вид. Около сосудов скопление одно- и многоядерных лейкоцитов, тучных клеток и иногда гигантских.

3. Ветвистая сосудистая опухоль.

(*Angioma racemosum, plexiforme. Aneurisma cirroides.*)

Ветвистая ангиома, редко встречающееся страдание, представляет бугристую, пульсирующую опухоль красного цвета, состоящую из больших сосудистых стволов, идущих отдельно или сплетающихся в многочисленные узлы. Любимое место их — волосистая часть головы.

4. Сосудисто-роговая опухоль.

Angiokeratoma (Mibelli).

Эта опухоль представляется в виде роговых бляшек, сероватых или черноватых, красных или синева-красных, величиною от просяного зерна до горошины, располагающихся симметрично на кистях и стопах (преимущественно на тыльных поверхностях). По удалении роговых наслоений обнаруживают небольшие опухоли малиново-красного или фиолетового цвета, нередко с телеангиэктазиями на поверхности. Конечности всегда бывают цианотичные и холодные (*asphyxia localis*).

Течение. Сначала появляются маленькие, с конопляное зерно, красные пятна, частью сливающиеся. Затем на местах пятен начинает разрастаться роговой слой, в форме бородавок с шероховатой поверхностью.

Патологоанатомические изменения состоят в образовании кровяных полостей в сосочках и в утолщении рогового слоя.

Причина болезни. Наблюдается после ознобления и с каждым новым озноблением усиливается. Известно лишь, что болезнь развивается чаще всего у детей, страдающих синюхой конечностей (*asphyxia localis extremitatum*) и нередко является семейною болезнью.

Лечение сосудистых опухолей. Простые ангиомы лечат скарификацией, имеющей целью перерезку сосудов и последовательное тромбирование и запустение их. Для более надежного свертывания крови употребляют, тотчас после скарификации, втирание средств, свертывающих кровь (*liquor ferri sesquichlorati, aq. destill. aa.*). Далее, с большим успехом применяют замораживание жидкой угольной кислотой в течение 10 — 30 секунд с целью вызвать воспа-

ление, способствующее запусению сосудов. Кроме того, можно действовать едкими химическими веществами (Венское тесто, дымящаяся азотная кислота, 5 — 10% сублимат-коллодий), с целью разрушения больной ткани. Но при этом образуются рубцы, неудовлетворительные в косметическом отношении. Далее применяются: свет Вольтовой дуги по Финзену, лучи Рентгена (W. 10, 1-мм алюминиевый фильтр, 1 — 1½ Е. D., с повторением через месяц), но особенно хорошо действует радий. При *angioma cavernosum*, *racemosum* и *angiokeratoma* применяют, кроме радикального удаления ножом, электролиз, причем в опухоль вводится положительный полюс (платиновая или иридиева игла), как притягивающий кислоты, способствующие свертыванию крови, что и составляет цель способа; ток берется от 2 М.-А. для маленьких и до 20 — 30 М.-А. для больших опухолей; продолжительность сеанса 3 — 10 минут. Также прибегают к выжиганию большой ткани термокаутером Raquelin'a и гальванокаустикой. Точно так же, как при простых ангиомах, применяют свет по Финзену, лучи Рентгена и радий. При ангиокератоме, сопровождающейся синюхой, показано одновременное лечение последней.

ОПУХОЛИ ИЗ ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ.

(Lymphangioma.)

Лимфангиомы бывают врожденными и приобретенными. Они состоят из новообразованных лимфатических сосудов и полостей. К ним близко примыкают расширения существующих лимфатических сосудов (*lymphangiectasiae*). Отличают поверхностные и глубокие лимфангиомы.

Lymphangioma superficiale помещается в сосочках и тотчас под сосочками. Она представляется в виде поверхностно лежащих, группами, полупрозрачных узелков, напоминающих разваренные саговые зерна, величиною с драбинку.

Lymphangioma profundum помещается в глубокой части кожи и в подкожной клетчатке и представляет округлые узлы, до величины лесного ореха. Цвет их телесный или синеватый. При проколе вытекает лимфа, Впрочем, не всегда.

Патологоанатомические изменения состоят в расширении лимфатических сосудов и образовании лимфатических полостей, выстланных эндотелием и содержащих лимфу.

При распознавании нужно иметь в виду: множественность опухолей, рассеивание их по всему телу или появление их группами, сагоподобный вид, просвечивание и безболезненность. Прокол не всегда дает лимфатическую жидкость. Важно микроскопическое исследование ткани.

Для лечения применяют вылущение, электролиз и замораживание жидкой углекислотой.

Белокровие. Ложное лейкокровие.

(*Leukaemia cutis. Pseudoleukaemia cutis.*)

При *leukaemia*, также при *pseudoleukaemia*,¹ в коже могут быть различные поражения, которые можно подвести под три группы: 1) опухоли и инфильтраты (*leukaemia* или *lymphadenosis cutis circumscripta*), 2) разлитые поражения кожи (*leukaemia cutis diffusa*) и 3) различные неспецифические сыпи.

1. Leukaemia cutis circumscripta. Опухоли кожи могут быть различной величины: от конопляного зерна до яблока. Инфильтраты, т. е. уплотнения, не выступающие в форме опухолей, а более разливающиеся по коже, менее возвышенные, доступные более осязанию, чем зрению, также бывают различной величины, доходящей до уплотнения целой области, как, напр., сплошная инфильтрация щек.

Цвет узлов и инфильтратов красноватый различных оттенков, от бледно-красного, почти телесного цвета, до сине-багрового, иногда с желтоватым оттенком. Поверхность гладкая, часто зеркально-гладкая. Нередко просвечивают кровеносные сосуды, как при *rosacea*; иногда бывает маленькое шелушение; консистенция тестоватая, но бывает и плотная. Опухоли, обыкновенно занимающие лишь кожу и подкожную клетчатку, подвижны.

Субъективные ощущения отсутствуют; иногда лишь бывает небольшой зуд и в исключительных случаях болезненность.

Опухоли и инфильтраты стойкие, совершенно не склонны к регрессивным изменениям и распаду. Они могут развиваться на любом участке кожи, но излюбленным местом является лицо, щеки, нос, *glabella*, губы, подбородок, ушные раковины, веки. Иногда присоединяется отёк кожи, и изменение лица может напоминать слизистый отёк. Иногда большие опухоли свисают и, спускаясь с кожи верхних век, закрывают глаза. Опухоли и инфильтраты могут быть и на слизистых оболочках: носа, глотки, гортани, трахеи. Лимфатические железы и селезенка увеличиваются.

Гистологическое исследование опухолей и инфильтратов обнаруживает круглоклеточную инфильтрацию, состоящую, главным

¹ *Leukaemia* и *pseudoleukaemia* выражаются припуханием лимфатических желез и селезенки и изменением крови, именно: при лейкемии абсолютным и относительным увеличением лимфоцитов (*leukaemia lymphoides*) или миелоцитов (*leukaemia myeloides*), при псевдолейкемии только относительным увеличением названных элементов; но иногда при последнем страдании в крови ничего ненормального не обнаруживается. В данном случае под *pseudoleukaemia* мы разумеем сборную группу заболеваний лимфатических желез, куда входят: *lymphomatosis aleukaemica*, *lymphoma malignum*, *granulomatosis*. Повидимому, разнообразные заболевания лимфатических желез могут давать одни и те же изменения в коже.

образом, из малых лимфоцитов (крайне редко из миелоцитов), начинающуюся в области глубокой сосудистой сети, сначала в окружности желез, а затем разливающуюся диффузно и распространяющуюся вниз, в подкожную клетчатку и вверх к сосочкам, не доходя, однако, до них на некоторое расстояние.

Для дифференциального диагноза имеют значение опухоли и инфильтраты с гладкой поверхностью, мягковатой консистенции, подвижные, стационарные, без регрессивных изменений, преимуще-



Рис. 91. Leukaemia cutis diffusa. Густая инфильтрация лимфоцитами, проникающая в эпидермис. Сосочки сглажены.

ственно на лице, также множественное опухание лимфатических желез селезенки, характерный состав крови и инфильтрация кожи лимфоцитами. На основании этих данных можно отличать описываемое страдание от сходных с ним: *lupus tumidus* (эпителиоидные, гигантские клетки и пр.), *mycosis fungoides* (нередко предшествует премикотический стадий; опухоли склонны к самопроизвольному исчезновению, также к распаду и проч.), *sarcoma multiplex idiopathicum pigmentosum Karosi* (узлы синеватого цвета, начинаются с конечностей, состоят из веретенообразных клеток с расширенными и новообразованными сосудами, представляющими настоящие кровяные полости и проч.), *lepra*

tuberosa (лепрозные клетки и палочки), *sarcomoid Boeck'a* (эпителиоидные клетки, иногда гигантские).

2. *Leukaemia cutis diffusa* (рис. 91). При этой форме вся или почти вся кожа поражается сплошь, часто после предшествовавшего в течение месяцев зуда. Пораженная кожа красна, утолщена, суха, шелушится; на таком фоне заметны отдельные бляшки, более инфильтрированные и интенсивно окрашенные; бывают заметны расчесы, корочки. Болезнь сопровождается мучительным зудом, лишающим сна, и ощущением познания и напряжения, натянутости кожи. Волосы выпадают, на ногтях появляются исчерченность, точкообразные углубления; ткань ногтя делается хрупкой, ломкой. В подсосочковом и глубоких слоях соеи находят скопление лимфоцитов.

Для диагноза имеет значение, кроме изменений кожи, увеличение лимфатических желез, селезенки, печени и характерный морфологический состав крови. Болезнь может напоминать *pityriasis rubra Hebrae*, но это последнее страдание развивается медленно и приводит к общей атрофии кожи. Особенно большое сходство диффузной лейкемии с *dermatitis exfoliativa adultorum*, при котором кожа также красна, утолщена, шелушится, зудит. Решающее значение имеет здесь исследование крови.

3. *Неспецифические сыпи при лейкемии и псевдолейкемии*. Сюда относятся разнообразные сыпи, как-то: эритема, экзема, крапивница, кожный зуд, пруригоподобная сыпь. Обыкновенно эти сыпи, часто крайне упорные, появляются после припухания лимфатических желез. Но иногда они являются раньше, как в одном наблюдавшемся нами случае.¹ Гистологическое строение пораженной кожи или соответствует данной сыпи, или же представляет типичные лимфомы.

Относительно патогенеза специфического кожного поражения существует три взгляда: по одним авторам, дело идет о разрастании уже предсуществующей в коже лимфоидной ткани под влиянием общей причины; по другим, лимфоциты откладываются в коже из кровеносных сосудов; третьи принимают одновременное образование лимфоцитов тем и другим путем.

Причина лейкемии и псевдолейкемии кожи лежит в расстройстве кроветворных органов: лимфатических желез, селезенки, костного мозга. Лимфоциты, образующиеся в громадном количестве, пронизывают кожу и вызывают специфические изменения ее. Что касается причины самой лейкемии, то они неизвестны. Есть лишь отдельные указания на присутствие в пораженных органах палочек, подобных туберкулезным, но более коротких и более грубых.

¹ П. В. Никольский. Случай пруригоподобного заболевания при злокачественной лимфоме. «Труды мед. общ. при Варшавск. универс.», 1915—1917.

Неспецифические изменения кожи нужно объяснить раздражением кожи токсинами, вырабатываемыми в пораженных кровеносных органах.

Лечение болезни. Болезнь с трудом поддается лечению и обыкновенно оканчивается смертью. Некоторое влияние оказывает мышьяк в больших дозах и лучи Рентгена (освещение селезенки, лимфатических желез, подкожных и внутренних: грудных, брюшных, забрюшинных; берется трубка жесткая, 10 W., лучи пропускают через 3-мм алюминиевый фильтр; доза 2 — 3 E. D.; через 3 недели повторение). Указывают на благоприятное действие бензола.

Rp. Benzoli chem. puri, ol. olivarum aa 0,5. D. t. dos. in caps. gelatinosis № 20. S. По 1 капсуле 3 раза в день.

ОПУХОЛИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ТИПА.

Мы рассмотрим папиллому, заразительный моллюск, аденому потовых желез и рак кожи.

Сосочковые опухоли.

(Papilloma.)

Папиллома представляет разрастание сосочков и покровного эпителия. Об относящихся сюда бородавках мы уже говорили выше.

Нам остается сказать об остроконечных кондиломах.

Остроконечные кондиломы, *condylomata acuminata*, представляют бледно-красные нитевидные столбики, в 1 — 10 мм и более

длины, отдельно стоящие или собранные в группы, часто напоминающие по форме петуший гребешок и цветную капусту. Любимое место их у мужчин в заголовочной борозде, в наружном отверстии мочеиспускательного канала, на внутреннем листке крайней плоти; у женщин — большие и малые губы и окружность заднего прохода. Количество кондилом может быть очень большое. Иногда они вы-



Рис. 92. Papillomatosis cutis cum oedema.

полняют весь препуциальный мешок, обуславливая фимоз. У женщин огромные разрастания на наружных половых органах и в окружности их могут даже препятствовать ходьбе. Поверхность кондиломы часто мокнет, и жидкость, разлагаясь, дает противный запах (рис. 94).

Течение крайне хроническое, так как, раз образовавшись, остроконечные кондиломы не склонны к произвольному исчезновению.



Рис. 93. Papillomatosis cutis cum oedema.

нее размножившимся эпителием. В сосочках и в подсосочковом слое имеется незначительная круглоклеточная инфильтрация. Инициативу роста одни авторы приписывают эпителию, другие (Вирхов) соеди-

Причиной в большинстве случаев служит раздражение триперным выделением или болями. Но нередко, при отсутствии указанных явлений, причина остается неизвестной.

Патологическая анатомия. Опухоль состоит из разросшихся и сильно вытянутых в длину сосочков кожи, покрытых более или ме-



Рис. 94. Condylomata acuminata. Сильное разрастание сосочков.

нительной ткани, третьи — одновременному разрастанию эпителия и соединительной ткани (Рибберт).

Распознавание не трудно, вследствие характерного вида страдания. От *сифилитических широких кондилом* (condylomata lata), часто встречающихся на тех же местах, болезнь отличается своими нитевидными и столбиковидными элементами, тогда как при сифилисе это невозвышенные плоские и широкие папулы.

Лечение состоит в удалении ножницами или острой ложечкой и в разрушающих ткань средствах, каковы: *acidum nitricum fumans*, *acidum aceticum glaciale*, при свежих маленьких папилломах смазывание *t-га jodi*, *t-га gallarum aa*, также прижигание палочкой ляписа. При препуциальных кондиломах употребляют присыпку: *Rp. Pulv. herbae sabinae, aluminis ustae, ferri sesquichlorati crystallisati aa 10,0. M. D. S.* Присыпка.

Лучи Рентгена: W. 10, 1-мм фильтр, 1—1½ E. D.

Заразный моллюск.

(*Molluscum contagiosum*.)

Страдание кожи, известное под названием *molluscum contagiosum*, представляет собою небольшие папулы, величиною от булавочной головки до горошины, полусферической формы, телесного или слабо-розового цвета, восковидные, просвечивающие, с маленьким центральным углублением, из которого можно выдавить кашицеобразную массу. Папулы сидят на коже совершенно нормальной и лишь иногда окружены едва заметным гиперемизированным ободком.

Любимое место папул — наружные половые органы и окрестность их. В редких случаях они покрывают всю поверхность кожи.

Папулы не представляют наклонности к какой-либо особой группировке, как то бывает при некоторых других сыпях (*erythema iris*, поздние сифилиды), но тем не менее, при более значительном распространении нередко можно видеть большие папулы, окруженные более мелкими, или группы из слившихся папул в количестве 3—4, причем слияние их ясно обозначается фестончатыми краями группы.

Папулы не вызывают никаких субъективных ощущений: ни зуда, ни боли и почти не наклонны ни к каким регрессивным изменениям. Редко они исчезают самопроизвольно, обыкновенно же они представляют стойкие образования.

Выдавливаемая из отверстий папул кашицеобразная масса под микроскопом обнаруживает присутствие овальных, блестящих телец — моллюсковые тельца, представляющие ороговевшие, безъядерные эпителиальные клетки.

На общее состояние здоровья сыпь не оказывает никакого влияния.

Патологоанатомические изменения. Папулы *molluscum contagiosum* представляют собою дольчатые, эпителиальные образования повсюду резко отделяющиеся основной перепонкой (*membrana basilaris*) от окружающей ткани мезодермы. Расположение эпителиальных слоев в этих опухолях представляет аналогию с таковым в покровном эпителии: на *membrana basilaris* лежит слой цилиндрических клеток, за которым следуют щетинистые клетки с большим количеством митозов.



Рис. 95. *Molluscum contagiosum*. Разрастание эпидермиса, везде резко отделяющегося от соединительной ткани. Внутри опухоли — кератинизированные клетки — моллюсковые тельца.

но уже здесь появляются в протоплазме клеток особые включения — округлые тельца с ядрами. Далее, число этих телец увеличивается больше и больше и, наконец, они выполняют всю клетку, сливаются между собой, границы их исчезают, получается сплошная однообразная, блестящая, безъядерная пластинка — вышеописанное моллюсковое тельце.

Отдельные дольки, из которых состоит опухоль, открываются в общую полость, часто имеющую выводной канал наружу, через который, при

давлении на папулу, выдавливается вышеописанная кашицеобразная масса.

Откуда начинается разрастание эпителия, мнения авторов расходятся: одни относят его к покровному эпителию, другие к эпителию сальных желез.

Наконец, некоторые авторы допускают возможность одновременного образования моллюсковой опухоли из разрастания покровного и железистого эпителия (Бенда).

Распознавание. *Molluscum contagiosum* можно смешать с *сифилитическими папулами* и с *папулами lichen ruber planus*. Отличие состоит в следующем:

Molluscum contagiosum.

1. Цвет телесный.
2. Поверхность блестящая, восковидная.
3. В центре отверстие, через которое можно выдавить кашицевидную массу с моллюсковыми тельцами.
4. Образование эпителиальное.

Сифилитические папулы.

1. Цвет темно- или медно-красный.
2. Поверхность без всякого блеска, часто покрыта чешуйками.
3. Нет отверстия.
4. Образование соединительнотканное.

Папулы при *lichen ruber planus* также имеют блестящую поверхность и центральное углубление, но отличаются от *molluscum contagiosum* красным цветом, часто полигональной формой, зудом и отсутствием полости, из которой можно было бы выдавить содержимое.

Причину болезни нельзя считать еще окончательно выясненной, но есть указания на паразитарную природу. Еще Батман (Bateman — начало XIX столетия), на основании клинических фактов, предполагал заразительность болезни и потому дал название *molluscum contagiosum* (заразительный моллюск). Боллингер (Bollinger) находил паразитов, подобных грегариам, а гистологическое строение опухолей, по его исследованиям, оказалось тождественным с *epithelioma contagiosum* кур и голубей, болезнью заразительною, злокачественной и смертельной.

Далее, оказалось, что прививки опухолей животным и людям нередко дают положительные результаты, причем, по гистологическому строению, развивающаяся опухоль является тождественной с той, от которой сделана прививка (Vidal, Pick, Noble).

Предполагают, что вышеописанные включения и составляют причину болезни; но пока свойство паразитов не изучено и культуры не получены.

Лечение состоит в выдавливании содержимого, с последовательным втиранием *t-rae jodi*, или в выскабливании всего образования и в применении лучей Рентгена: W. 8, $\frac{3}{4}$ E. D.

Аденома потовых желез.

(Hydradenoma. Adenoma sudoriferum. Adenoma sudoriparum. Syringo-cysto-adenoma. Epitheliomes adenoides des glandes sudoripares.)

Названное страдание встречается очень редко. Оно выражается образованием множественных, плотных, маленьких узелков, от булавочной головки до горошины (редко до величины лесного и грецкого ореха), обыкновенно выдающихся на поверхности кожи на 1—3 мм, овальных или круглых, цвета телесного или розоватого, красного, синеватого, с гладкой, не шелушащейся поверхностью. Узелки располагаются или на какой-либо одной части кожи, напр., на веках, около ушных раковин, у края носа, или же разбросаны по многим областям: на лице, шее, туловище, конечностях, причем количество их может считаться сотнями. Кроме заметных для глаза, могут быть узелки, определенные лишь осязанием.

Обыкновенно опухоли образуются у молодых людей, в возрасте 10—20 лет (могут быть и в возрасте 50 лет) в большом количестве, которое еще увеличивается в первые 1—2 года. В более редких случаях сначала появляется и существует многие годы один узелок и затем уже появляется множественное высыпание.

Раз появившись, узелки не исчезают, исключая редкие случаи (Ehrmann), причем на других местах появляются новые узелки. Иногда они западают в центре, что является признаком атрофии. Вторичным изменениям не подвергаются; изъязвление является исключением (Mehner Hodara).

В случае, наблюдавшемся в Дерматологической клинике Донского университета, у больного, 38 лет, с раннего детства существовал один узелок, с просыное зерно, в височной области. К школьному возрасту он увеличился до горошины. Пять лет назад, во время германской войны, после сильной головной боли, появились узелки на лице. Затем, после сильной боли в руках и ногах, появились на поясице, откуда распространились на спину и грудь. Количество узелков было громадное: на груди до 800, на спине до 300 видимых и до 100 прощупываемых. Кроме того, узелки были на лице и конечностях. Цвет их телесный, розоватый, синеватый. Некоторые представлялись блестящими, восковидными (подобно раковому узелкам). У больного были явления табеса при положительной реакции Вассермана, хотя ни в анамнезе, ни при осмотре никаких указаний на сифилис не найдено.¹

Опухоли не сопровождаются никакими субъективными ощущениями и являются доброкачественными.

¹ Добротворская и Тверской. Случай hydradenoma multiplex. Сообщено в Донском дерматологическом и венеролог. общ. 13 июля 1920 г.

Патологическая анатомия. Под микроскопом в *corium* и редко в подкожной клетчатке (у нашего больного в подкожной клетчатке) видны эпителиальные тяжи, нередко ветвящиеся, из цилиндрического или полигонального эпителия, расположенного в несколько рядов; изредка в них виден небольшой просвет. Нередко на протяжении или на конце тяжа заметно булавовидное расширение (киста), наполненное клетками или однородной блестящей массой (гиалиновое перерождение эпителия). Связь эпителиальных тяжей с потовыми железами, так же как и с покровным эпителием, установить трудно. Соединение тяжей образует причудливые фигуры.

Причина болезни неизвестна. Предполагают, что это есть аномалия развития — разрастание абортированных зачатков потовых желез. Болезнь относят к родимым пятнам (*naevi*).

При распознавании нужно иметь в виду: 1) *сифилитические папулы*; но они темно-красного и медно-красного цвета, шелушатся и сопровождаются и другими явлениями сифилиса. 2) *Neurofibromatosis cutis* (болезнь Реклингхаузена) также дает множественные узелки, но в то же время наблюдаются пигментные пятна, и, кроме того, больные отличаются недоразвитием умственных способностей. 3) *Molluscum contagiosum* дает небольшие узелки, но они телесного цвета, имеют центральное углубление, из которого выдавливается кашицеобразная масса, содержащая «моллюсковые тельца». Но вообще, для точного диагноза гидраденомы необходимо гистологическое исследование опухолей, дающее характерную картину.

Лечение состоит в применении электролиза, выжигании термокаутером с гальванокаустикой, в применении лучей Рентгена.

Опухоли сальных желез.

(*Adenoma sebaceum*.)

Это — опухоли от булавочной головки до горошины величиной, бледно-желтоватого или красного цвета, смотря по тому, преобладает ли разрастание сальных желез или сосудов, или иногда телесного цвета, иногда белого подобно *milium*. На поверхности их часто заметны телеангиэктазии. Консистенция их твердая или мягкая. Любимые места — носогубные складки, боковые поверхности носа, щеки, подбородок, лоб и височные области.

Большую частью опухоли врожденные (*naevi*), особенно развиваются к периоду *pubertatis*. Такие больные обнаруживают ослабление умственных способностей и иногда страдают эпилепсией.

Патологическая анатомия. Сальные железы увеличены в количестве и размерах, сосуды сосочков и подсосочкового слоя сильно расширены.

В случае, наблюдавшемся в нашей клинике, ¹ больная, девушка 18 лет, с резко выраженным инфантилизмом и другими дегенеративными явлениями, имеет сыпь на лице с трехлетнего возраста.

На лице многочисленные рассеянные, частью сливающиеся узелки, величиною от макового зерна до чечевицы, телесного и красноватого цвета, безболезненные, мягкие, полупросвечивающие.



Рис. 96. Adenoma sebaceum.

В cutis найдено большое количество салых желез, в которых жирно перерожденных клеток очень немного.

Распознавание опухолей с желтоватым цветом на лице не представляет особых затруднений, но распознавание опухоли красного или телесного цвета труднее и требует биопсии.

Лечение состоит в удалении острой ложечкой, гальванокаутером, электролизом и в освещении лучами Рентгена.

В последнем случае берется жесткость в 10 W. и алюминиевый фильтр в 1 мм; дается 1 Е. D., с повторением через месяц.

¹ П. А. Дубовской. Случай adenoma sebaceum. Сообщено в Донском дерматолог. и венеролог. общ. 3 мая 1925 г.



Рис. 97. Adenoma sebaceum. Разрастание сальных желез.

Рак кожи.

(Epithelioma cutis. Cancer cutis.)

Как известно, под именем рака (рис. 98, 99, 100, 101, 102) вообще разумеется злокачественное новообразование, представляющее разращение эпителия, врастающего в окружающую соединительную ткань, в которой также происходит размножение клеточных элементов.

Эпителиальная ткань, составляющая главную часть опухоли, отличается двумя особенностями: 1) она способна к неограниченному росту и не только на месте первоначального развития опухоли, но и в других органах, в которые током лимфы и крови заносятся отдельные элементы ее. Этим свойством разрастание эпителия в раках резко отличается от ограниченного разрастания его при других болезнях, в том числе и кожных (например, при psoriasis, pemphigus, molluscum contagiosum и т. д.); 2) она склонна к разнообразным перерождениям и особенно к различным формам рогового перерождения (жемчужины рака).

Раковые опухоли, сохраняющие указанные общие свойства везде, где бы они ни появились, в то же время, развиваясь в коже, имеют

некоторые особенности во внешнем виде и в своем течении, и поэтому отдельное описание рака кожи имеет свое основание.

Рак кожи может быть первичным и вторичным.

Первичный рак кожи появляется в трех формах: плоский — поверхностный, глубокий и сосочковый.

I. Плоский кожный рак — *ulcus rodens* — появляется в виде плоских, мало возвышающихся, плотных, как бы просвечивающих бугорков, беловатого или розоватого цвета, поверхность которых имеет особенный пер-



Рис. 98. Cancer thoracis. Много вторичных раковых опухолей.



Рис. 99. Cancer faciei.

ламутровый блеск. Бугорки обыкновенно бывают множественные, расположенные близко друг к другу; увеличиваясь по периферии, они сливаются в сплошную, едва возвышающуюся бляшку с вышеописанными свойствами, которые, однако, через более или менее продолжительное время видоизменяются таким образом: эпидермис удаляется, и образуется плоская, мало углубленная ссадина — язва, дно которой составляют раковые эпителиальные разрастания и отчасти обнаженная по местам соединительнотканная строма опухоли. Цвет дна язвы красный, отделяемое скудное, серозное, пластическое, содержащее раковые клетки; оно засыхает в плотно пристающую корку. Поверхность дна немного зернистая, что зависит от неравномерного разрастания как эпителия, так и соединительнотканной стромы. Край

язвы плотные и немного возвышенные; они представляют остаток нераспавшихся бугорков и имеют все вышеописанные свойства последних (беловатого или розоватого цвета, как бы просвечивающие, с перламутровым блеском).

Субъективные ощущения обыкновенно отсутствуют; иногда бывают небольшие временные боли.

Течение очень хроническое — 10 и 20 лет и более. Часто центральные участки опухоли рубцуются, причем рубец окружается кольцевидной язвой; внутренний край язвы постепенно переходит в рубец, а наружный остается возвышенным.



Рис. 100. Cancer capillitii.



Рис. 101. Cancer frontis.

Общее заражение наступает лишь в том случае, если поверхностный рак переходит в глубокий.

II. Глубокий рак кожи развивается или из поверхностного или самостоятельно. В последнем случае дело начинается с узлов, величиною от дробинки до горошины, которые проникают всю толщу кожи. Узлы эти круглы, очень плотны, обыкновенно скучены, постепенно увеличиваются по периферии и, сливаясь, дают плосковозвышенную, слегка бугристую опухоль, величиною до серебряного рубля. Поверхность опухоли блестящая, цвета нормальной кожи или слегка розоватого. Вначале опухоль подвижна, затем она спаивается с глубже лежащими частями. Она может увеличиваться или насчет отложения новых узлов по периферии, или вследствие разлитой раковой инфильтрации в окружающей ткани. Иногда в центре замечается пупкообразное вдавление вследствие атрофии самых старых узлов.

По прошествии известного периода времени, обыкновенно короткого, начинается распадение ракового новообразования или с поверхности узла, или же, напротив, распад захватывает сначала глубокие части опухоли и постепенно доходит до поверхности.

Язва при этой форме рака довольно глубокая кратерообразная, дно неровное, покрыто грануляциями, края выворочены. Отделяемое язвы клейкое, подобно лаку.

Течение гораздо более острое, чем поверхностной формы. Сравнительно скоро процесс распространяется на соседние области кожи и постоянно сопровождается опуханием близлежащих лимфатических желез.

Распространяясь вглубь, процесс захватывает сухожилия, мышцы, кости, пока, наконец, не наступит смерть от постепенного истощения сил — раковой кахексии. При этой форме рака процесс не ограничивается первоначально пораженным участком, а дает метастазы в те или другие органы. Самопроизвольного улучшения не бывает; нарек на рубцевание может иногда быть, но очень слабый.

III. Сосочковая форма рака отличается от только-что описанных лишь тем, что на дне язвы поверхностного или глубокого рака



рис. 102. Cancer cutis. Разрастание покровного эпителия и внедрение его в соединительную ткань.

сильно выражено разрастание сосочков, вследствие чего дно представляется неровным, сосочковидным.

Патологоанатомические изменения состоят в атипическом разрастании покровного эпителия и эпителия желез. Эпителиальные клетки усиленно размножаются и внедряются в соседнюю соединительную ткань. Раковые клетки очень склонны к различным видам перерождения: коллоидному, слизистому, гиалиновому; подвергаясь перерождению, они дают самые причудливые фигуры, из которых некоторые были одно время неправильно признаны за кокцидии.

При распознавании раковых язв нужно иметь в виду *сифилис* и *туберкулез*.

<i>Раковые бугорки и язвы.</i>	<i>Сифилистические бугорки и язвы.</i>	<i>Милитарный туберкулез.</i>
Узлы скоро и всегда распадаются.	Не скоро и не всегда распадаются.	Скоро и всегда распадается.
Язва более поверхностная.	Более глубокая.	Более поверхностная.
Язва чаще одиночная.	Одиночная или множественная.	Всегда множественная.
Дно красное, зернистое, легко кровоточащее.	Дно язвы сероватое, сложно-дифтеритной сероватой пленкой.	Дно сероватое или красное.
Дно и края плотные, мелкобугристые.	Плотные.	Мягкие.
Самостоятельно не заживают.	Возможно самопроизвольное излечение.	Самостоятельное излечение редко.
Близлежащие железы часто припухают.	Не припухают.	Редко припухают.
Возраст пожилой.	Средний.	Молодой.
Не уступает внутреннему лечению.	Уступает ртути, мышьяку и поду.	Не уступает внутреннему лечению.

Причина болезни, как и вообще всех новообразований, представляется в высшей степени темной. Способствующими условиями являются:

1) Незначительные, но часто повторяемые в течение долгого времени раздражения с давних пор рассматривались как причина возникновения раков, например, рак мошонки у трубочистов, рак нижней губы у курильщиков и пр.

2) Некоторые кожные страдания, выражающиеся аномалиями ороговения, могут переходить или вообще давать место развитию рака. Таковы — бородавки, особенно *verruca senilis*, кожный рог, *xeroderma pigmentosum* (при которой кожа открытых частей, особенно шеи, делается сухой, атрофированной и пигментированной; болезнь начинается в детстве и обуславливает развитие рака в молодом возрасте), хронические язвы, в окружности которых покровный и железистый эпителий постоянно находятся в состоянии раздражения в течение многих лет.

Лечение состоит в применении средств, разрушающих ткань, и вырезывании.

Из химических разрушающих средств употребляются смазывания раствором мышьяка.

Rp. Arsenici albi 0,5, spiriti vini 96%, aquae destill. aa 25,0 M. D. S.
Для смазывания.

Смазывание производится несколько дней, затем дают время отделиться образовавшемуся струпу и снова смазывают, пока не будет разрушена вся раковая ткань. Надежнее этот способ соединять с предварительным выскабливанием язвы.

Хорошее действие, особенно при поверхностных формах, оказывает рентгенотерапия. Дается $1\frac{1}{2}$ Е. D. при W. 10 и 1-мм фильтре или, при более глубокой опухоли, 3 Е. D. при W. 10 и 3-мм фильтре через тубус, с повторением через месяц. Такими дозами с хорошим эффектом в нашей клинике в 1925 году пользовалось 45 больных.¹ Еще лучшие результаты получаются при лечении радием.

Наконец, применяют вырезывание язвы, равно и увеличенных лимфатических желез, когда таковые имеются.

Особый вид кожного рака составляет Педжетова болезнь, которая наблюдается на коже сосков и околососковых кружков грудей у женщин в возрасте 40 и более лет (но иногда наблюдается также и у мужчин на тех же местах и в коже промежности и мошонки).

В первом периоде болезни кожа соска краснеет, делается слегка шероховатой, мелкобородавчатой, мокнет и покрывается корками. Благодаря мокнутию и образованию корок, картина напоминает экзему, особенно когда присоединяется и ощущение зуда. Однако, экзематозных пузырьков не бывает.

В таком виде болезнь может протекать в течение многих годов.

Далее, во втором периоде болезнь несколько углубляется. Получается поверхностная ссадина — язва.

Дно ее красное, покрыто маленькими перламутрового цвета узелками. На ощупь пораженное место представляет пергаментное уплотнение.

Наконец, в третьем периоде изъязвление делается глубоким и проникает в вещество грудной железы. На дне его заметны узелки и нередко грибовидные разрастания. В этом периоде припухают лимфатические подмышечные железы.

Течение болезни в первом и втором периоде очень продолжительное, многие годы. В третьем периоде течение более быстрое, как вообще глубоких раковых опухолей, с летальным исходом.

Патологоанатомические изменения состоят в значительном разрастании эпителиального покрова, в гиалиновом перерождении

¹ Хаспекоев. Цит. выше.

его клеток, принимающих вид округлых шаровидных образований, одно время считавшихся паразитами—кокцидиями, и в образовании вакуол в Мальпигиевом слое, в котором и помещаются описанные ложные кокцидии. В сосочках и подсосочковом слое значительная мелкоклеточная инфильтрация, обуславливающая плотность пораженного участка.

Лечение, как указано выше, при раке кожи.

Вторичный рак кожи развивается вследствие заноса элементов опухоли из других органов: матки, яичников, желудка, кишечника, грудной железы. Он выражается образованием в коже и подкожной клетчатке бугорков разной величины, от горошины до большой серебряной монеты, плотных на ощупь, покрытых неизменным роговым покровом, цвета нормальной кожи или красноватых, красновато-синеватых, нередко распадающихся в язвы с мелко-бугристым дном и краями и легко кровоточащих.

Вторичные раковые бугорки обыкновенно множественные, распространяющиеся на большие пространства, чаще разбросанные изолированно, а иногда сливающиеся, а в некоторых случаях так тесно примыкают друг к другу, что дают почти сплошную инфильтрацию кожи, как это бывает при *carcinome en cuirasse*, когда раковая инфильтрация, начавшись от грудной железы, охватывает широким поясом всю грудь и спину.

Патологоанатомические изменения главным образом состоят в том, что межтканевые промежутки наполнены раковыми клетками.

Лечение не дает надежных результатов; в общем такое же, как при первичном раке.

Цилиндрома—в виде узлов полусферических, просвечивающих, от горошины до ореха, сливающихся в общую плотную массу—преимущественно на *capillitium* и лице. Занимает дерму и субдерму, состоит из разрастания цилиндрических клеток наружного волосного влагалища.

Лечение: Рентген, радий и вырезывание.

Небезынтересны изменения кожи при раковом худосочи. Все слои кожи истончены, стенки сосудов утолщены и представляют гиалиновое перерождение. В потовых железах студенистое перерождение и образование кист. Поэтому выделительная функция кожи почти уничтожена. В глубоких частях Мальпигиева слоя много чернубурого пигмента, чем объясняется черновато-грязная окраска кожи (Розанов).

БОЛЕЗНИ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК.

Пузырьковый лишай полости рта.

(Herpes oris.)

В полости рта иногда наблюдаются высыпания на слизистых оболочках губ, щек, языка, в форме маленьких, с булавочную головку, пузырьков, сливающихся, быстро разрывающихся и превращающихся в красного цвета эразии различной величины, с зигзагообразными краями.

Субъективные ощущения состоят в болезненности.

Течение. Если страдание не осложняется нагноением, 3—5 дней.

Причина. Зависит от неправильности пищеварения, а так же от местного раздражения кариозными и неправильно сделанными искусственными зубами.

Лечение. Воздержание от всяких раздражающих пищевых и питьевых веществ (горчицы, алкоголя и т. п.) и полоскания дезинфицирующие и вяжущие (kalium hypermanganicum 1: 3000, alumen ustum 1: 500, смазывание 2—5% раствором ляписа и др.).

Афты.

(Aphthae.)

Афты полости рта. Афты начинаются краснотой, на которой вскоре появляется округлый или овальный пузырек, 2—5 мм в диаметре, с напряженной покрывкой, быстро мутнеющий. Периферия его окружена красным поясом. Пузырьки обыкновенно малочисленны, часто в количестве 1—2.

Вскоре покрывка разрывается, и обнажается изъязвление, покрытое бледно-желтоватым или сероватым экссудатом; на периферии изъязвления — возвышенный валик, окруженный красным поясом. Экссудат плотно держится; трением удаляется с трудом, при кровотечении. Величина изъязвления 2—5 мм, но при слиянии нескольких язв может достигать 1 см в диаметре. Сопровождается болезненностью, иногда очень сильной.

Страдание занимает слизистую губ, щек, края и кончик языка, также область уздечки языка.

Течение. Через несколько дней, иногда через неделю и более, экссудат удаляется, обнажается чистое, красное дно, быстро рубцующееся. Редко сопровождается повышением температуры.

Распознавание. От herpes отличается большей величиной пузырьков, малочисленностью пузырьков, плотно держащимся экссудатом изъязвлений.

Причина точно не выяснена. Развитие афт совпадает с неправильностями пищеварения, с употреблением некоторых веществ, как-то: рыбных консервов, сыра, с местным раздражением табаком, кариозными зубами; у некоторых женщин с периодом менструации.

Лечение: исправление пищеварения, устранение раздражения. Дезинфицирующие полоскания с *kalio hypermang.* (1:3000), *tinctura jodi* (10 капель на стакан воды), с *hydrogenio peroxydato* (3% раствор, чайная ложка на стакан); смазывание раствором *arg. nitrici* (1:10).

Афты вульвы у детей иногда наблюдаются в возрасте 1—8 лет. Здесь также красные пятна переходят в пузырьки и язвы. Процесс особенно поражает большие губы, но может распространяться по окружности, в бедренно-паховые складки, промежность и окружность *ani*. Маленькие язвы иногда сливаются в большие. Иногда наблюдается гангрена.

Причина точно не известна. Часто наблюдается при кори, коклюше, дифтерите, пневмонии, роже.

Лечение. Дезинфицирующие обмывания и присыпка иодоформом и ксероформом.

Афтозная лихорадка. Болезнь начинается продромальными явлениями: разбитость, познабливание, лихорадка, отсутствие аппетита. Во рту ощущается сухость и жжение. На следующий день появляются во рту красные пятна, на которых развиваются вышеописанные афты, с тем отличием, что количество афт может быть значительным, с сильным припуханием слизистой и саливацией, с образованием больших язв и припуханием лимфатических желез и с высокой лихорадкой. Процесс проходит в 2—4—5 недель, а в некоторых случаях оканчивается смертью.

Причины. На человека болезнь переходит с коров, коз и овец, при помощи непосредственного соприкосновения или при употреблении молока больных животных.

Лечение. Профилактика требует удаления от больных животных и кипячения молока. Внутрь дается хинин, салициловый натр, аспирин. Местное лечение — как при афтах вообще.

Отслаивающее воспаление языка.

(*Dermatitis exfoliativa linguae. Lingua geographica.*)

Болезнь характеризуется образованием на верхней поверхности языка красных, округлых, гладких пятен, окруженных беловатым ободком отслоившегося эпителия; пятна — величиной в $1\frac{1}{2}$ — 1 и несколько сантиметров в диаметре, в единичном или множественном числе. Часто сливаются друг с другом, образуя причудливый рисунок географической карты (отсюда и название).

Пятна подживают в несколько дней, в то время как в других местах образуются новые пятна, так что картина болезни меняется почти ежедневно. Субъективные ощущения отсутствуют, разве бывает небольшое жжение и покалывание.

Патологический процесс состоит в кратковременном слущивании поверхностных слоев эпителия.

Течение неопределенное.

Распознавание. Красные пятна, окруженные беловатым ободком отслоившегося эпителия, и быстрая смена картины болезни отличают страдание от *молочницы*, от *lichen ruber planus*, от *сифилитических гладких пятен и папул*.

Причины не известны. Находят иногда кислую реакцию слюны. Болезнь не редко наблюдается у лиц ослабленных, анемичных, страдающих диспепсией, у детей, страдающих молочницей, рахитом, наследственным сифилисом.

Лечение направляется против анемии, диспепсии, рахита, сифилиса. Местно — запрещаются раздражающие напитки и кушанья; назначаются полоскания смягчающие (с ромашкой — заваривают, как чай, столовую ложку ромашки на стакан воды), щелочные (с содой — чайную ложку на стакан), дезинфицирующие (*kalium hypermangan.* 1: 3000).

Я получал блестящий эффект от рентгенизации языка ($1\frac{1}{3}$ E. D., W. 8, с повторением через 2 недели).

Бороздчатый язык.

(*Lingua scrotalis.*)

Страдание состоит в образовании глубоких продольных, часто изогнутых борозд на верхней поверхности языка. Такой язык напоминает поверхность мошонки с ее складками (откуда и название) или поверхность мозга с его извилинами. Не вызывает никаких субъективных ощущений, но предрасполагает к острым и хроническим воспалительным процессам.

Причина. Болезнь врожденная, нередко семейная. Некоторые авторы относят к наследственному сифилису.

Лечение. Я видел благоприятный результат от лучей Рентгена ($1\frac{1}{2}$ E. D., W. 8, с повторением через 3 недели).

Белые пятна.

(Leucoplakia.)

Под именем leucoplakia разумеют белые пятна слизистой рта, которые вначале имеют беловато-синеватый цвет, а затем белый, серебристый. Поверхность их гладкая (на языке сосочки атрофированы), блестящая, часто перламутровидная. Начавшись с величины конопляного зерна, пятна увеличиваются в размерах и количестве, причем могут занимать большие пространства, например, всю верхнюю поверхность языка. Они резко отделяются от здоровой кожи; иногда окружены тонким красным ободком. При ощупывании они представляются немного уплотненными. Пятна то лежат в уровень с здоровой слизистой, то немного возвышаются. В старых пятнах иногда замечаются как бы рубцовые втяжения. Начинается процесс с красных пятен, которые сначала покрываются как бы вуалью, а затем белеют.

На белых пятнах образуются бороздки, продольные, пересекаемые поперечными, так что получается рисунок квадратных и ромбических или полигональных полей.

На поверхности идет незаметное шелушение; иногда больной выплевывает отторгающиеся частицы.

Подлежащая слизистая в воспалительном состоянии. На это указывают: краснота ее (процесс начинается с красных пятен; когда белые пятна наклонны к увеличению, по периферии их образуется красная полоска; при насильственном сдирании белой пленки обнажается красная поверхность), небольшое уплотнение, рубцовые стягивания, придающие неровный, сосочковый вид поверхности и гистологические изменения.

Часто просвечивают расширенные вены языка, придающие синеватый цвет белым пятнам.

В более редких случаях поверхность пятен не гладкая, а сосочковидная: сосочки языка не атрофированы, а гипертрофируются, покрываясь толстым слоем побелевшего эпителия.

Осложнения состоят в глубоких трещинах и остро-воспалительном процессе, большею частью травматического происхождения.

Процессу подвергаются наичаще язык, верхняя поверхность его и слизистая щек вдоль линии зубов, начиная от спайки губ, нередко в виде треугольника, с вершиной, обращенной кзади. Страдание пора-

жают также слизистую губ, десен, нёба, редко нижнюю поверхность языка, зев, гортань и также слизистую вульвы (внутреннюю поверхность больших губ, малые губы, клитор, вход во влагалище), влагалище и шейку матки, внутренний листок *præputii*, головку члена, *anus*.

Функциональные расстройства состоят в затруднении жевания и разговора. Субъективные ощущения состоят в ощущении сухости, иногда жжения, покалывания. При образовании трещин и эрозий боли могут быть очень сильными. Иногда бывает обильная саливация.

• Течение очень продолжительное. Иногда в легких случаях болезнь проходит, но может возвращаться.

Нередко на месте белых пятен (наичаще на краях языка) развивается рак. Часто начальным местом рака бывают трещины и садины травматического происхождения.

Патологоанатомические изменения. Эпителий кератинизирован: верхние слои ороговевшие, как в коже. Под ними зернистый слой с кератогиалином. В слизистой сосуды расширены, и около сосудов круглоклеточный инфильтрат из лимфоцитов.

Причина. В ряде случаев причиной служит ослабленная деятельность желудка и кишечника и какое-либо продолжительное раздражение слизистой: страдание наблюдают у курильщиков, у алкоголиков, у выдувальщиков стекла, у любителей острых пищевых веществ, также при кариозных зубах. Но во всех случаях нужно допустить особое предрасположение. Нередко недавний курильщик получает лейкоплакию, тогда как старый курильщик не имеет ее.

В другом ряде случаев причиной является сифилис (*leucoplakia syphilitica*). А. Фурнье при распознавании сифилитической лейкоплакии придает некоторое значение отсутствию всякого уплотнения и перламутровому виду.

Лечение. Всегда нужно иметь в виду сифилис и при малейшем подозрении назначать противосифилитическое лечение, хотя оно и не отличается действительностью, почему А. Фурнье и отнес *leucoplakiam syphiliticam* к парасифилису; затем нужно исправить недочеты пищеварения, если имеются таковые, а также обратить внимание на могущую быть ненормальность обмена веществ. Большое значение имеет местная терапия. Прежде всего, необходимо абсолютно избегать всяких раздражающих веществ: табака, алкоголя, острых пищевых веществ, горячего и холодного; исправить или удалить кариозные зубы. Применяют полоскания смягчающие (ромашка, столовая ложка на стакан кипятку), щелочные (сода 1:1000, Виши и др.); смазывают 2 раза в неделю кератолитическими средствами (*acidum salicylicum* в алкоголе 1:10).

При болезненных трещинах полоскание дезинфицирующее (kalium hypomang. 1:3000) и успокаивающее (tinctura opii 10 капель на стакан воды), наконец, лучи Рентгена (доза $1\frac{1}{3}$ или $1\frac{1}{2}$, трубкой средней жесткости, с повторением через 2 недели, если нужно) и радий. Когда имеется подозрение на начинающийся рак (сосочковые разрастания, уплотнение, изъязвление с периферическим уплотнением и, наконец, данные пробной эксцизии), нужно спешить с операцией.

КРАТКАЯ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕЦЕПТУРА.

Внутренние средства.

Успокаивающие:

при явлениях раздражения нервной и сосудистой системы, выражающихся повышением сухожильных и кожных, сосудо-двигательных и мышечно-волосковых рефлексов и повышением чувствительности кожи, общей нервной возбудимостью и бессонницей — при экземе, эритеме, кожном зуде и др.

1. Rp. *Natrii bromati*.
Aq. amygd. amar. aa 8,0.
Aq. destill. 200,0.
M.D.S. По стол. лож. 2 — 3 раза в день.
2. Rp. *Chinini brom.* 0,2 *D. t. d. in caps. amyl.* № 30. S. По 1 капс. 3 раза в день.
3. Rp. *Sulfonal* 1,0 *D. t. d. in. obl.* № 10. S. По 1 обл. на ночь.
4. Rp. *Aspirini* 0,3. *D. t. d. in. obl.* № 20. S. По одной обл. 2 раза в день (при явлениях раздражения, соединенных с белым дермографизмом).
5. Rp. *Calcii chlorati* 6,0,
Aq. destill. 200,0.
M.D.S. По столовой ложке 3 — 4 раза в день (при зуде).
- 5а. Rp. *Solutionis aquosi 20% calcii chlorati* 100,0.
D.S. Внутривенные впр. по 2 — 4 куб. см.
6. Rp. *Pantoron Roche in ampullis* № 12. D.S. По 2 ампуллы в день (при зуде). Для подкожн. впр.
- 6а. Rp. *Solutionis aquosi 2% Pantoroni* 50,0. D.S. По 1 куб. см. подкожно.

Болеуспокаивающие:

при болезненности обнаженных участков кожи — при ожоге, erythromelalgia и др.

7. Rp. *Codeini* 0,01,
Sacch. albi 0,2 *M.D. t. d.* № 12.
S. По 1 пор. 3 раза в день.
8. Rp. *Morphii muricati* 0,3,
Aq. destillatae 30,0.
M.D.S. Для подкожн. впр. по 1 куб. см.

Укрепляющие:

при явлениях слабости общей, нервной системы и кожи — при хронической экземе, выпадении волос, неправильностях ороговения и проч.

Железо — при болезнях кожи, соединенных с малокровием и хлорозом — при seborrhoea, alopecia, asphyxia localis extremitatum и пр.

9. Rp. *Ferri pyrophosphor. cum soda granulata* 100,0.
D.S. По чайн. лож. 2 раза в день после пищи с водой.
10. Rp. *Pilulae Blandii* № 100.
D.S. 1 — 2 пил. 2 раза в день после пищи.
11. Rp. *Tinct. ferri pomati* 30,0.
D.S. По 10 — 20 кап. 2 раза в день после пищи.

Мышьяк — при явлениях малокровия, неврастении и хронических нервных болезнях кожи, особенно соединенных с изменениями в надкожице и в процессе ороговения, каковы: ес-

zema, psoriasis, lichen ruber, vitiligo, chloasma, alopecia, onychia trophoneurotica и др.

12. Rp. *Sol. arsenicalis Fowleri* 8,0,
Tincturae gentianae 30,0.
M.D.S. По 10 — 25 кап. 2 раза
в день после пищи.

13. Rp. *Arsenici albi* 0,2,
Piperis nigri 8,0,
Extr. et pulv. liquiritiae q. s.
Ut fiant pilulae № 100. S. По 2—
10 пил. в день после пищи.

14. Rp. *Natrii arsenicici* 0,3,
Ag. carbolicae $\frac{1}{4}\%$ 30,0.
M.D.S. Для подкожн. впр. по
1 — 2 куб. см.

15. Rp. *Sol. aquosi* 1%, *natrii arsenicici*
sterilisati 1,0.
D. t. d. in ampulis sterilisatis
№ 20. S. Подкожн. впр.

16. Rp. *Sol. natrii kakodylici* 5% *steri-*
lisati 1,0.
D. t. d. in amp. steril. № 20.
S. Подкожн. впр.

17. Rp. *Sol. arsenicalis Fowleri* 8,0.
Tinct. ferri pomati 30,0.
M.D.S. По 10 кап. 2 раза в день
после пищи.

18. Rp. *Ol. jecoris aselli* 250,0.
D.S. По стол. лож. 1 — 3 раза
в день (при экземе у золотуш-
ных и при lichen scrophulosor-
um).

Сосудосуживающие:

при кожных страданиях, когда они
сопровождаются явлениями красного
дермографизма — при urticaria, eczema,
erythema, purpura и др.

19. Rp. *Ergotini Bonjeani* 0,12,
Chinini bromati 0,2.
M.D. *t. d. in. oblati* № 30. S. По
1 капс. 3 раза в день.

20. Rp. *Inf. secalis cornuti ex* 0,6, —
200,0.
Chinini muriatici 2,0,
Natrii brom. 6,0.
M.D.S. По стол. лож. 3 раза в
день.

21. Rp. *Extracti fluidi hydrastis cana-*
densis 30,0.

D.S. По 20 кап. 2 — 3 раза в
день.

22. Rp. *Strychnini nitrici*. 0,06.
Extr. et pulv. luquir. q. s. Ut
fiant pilulae № 60.

D.S. По 1 пил. 2 раза в день.

23. Rp. *Strychnini nitr.* 0,015.

Ag. destill. 15,0.

M.D.S. Для подкожн. впр. по
1 куб. см.

24. Rp. *Sol. aquosi adrenalini* 0,1% 15,0.
D.S. Для подкожн. впр. по 1 куб.
см или внутрь по 10 — 15 кап.
3 раза в день (при urticaria,
morbus Addisonii).

Сосудорасширяющие:

при болезнях кожи, когда они сопро-
вождаются белым дермографизмом, —
при prurigo, pruritus cutaneus, pityriasis
rubra, dermatitis exfoliativa universalis,
eczema, erythema exsudativum и друг.

25. Rp. *Natrii salicylici* 0,5.

D. t. d. in. caps. amyl. № 20.

S. По 1 капс. 3 раза в день.

26. Rp. *Aspirini* 0,3.

D. t. d. in caps. amyl. № 20.

S. По 1 капс. 2 — 3 раза в день.

27. Rp. *Sol. fibrolysin Merck in amp.*
№ 10.

D.S. Подк. впр. (при рубцах,
склеродермии).

Усиливающие потоотделение:

при болезнях кожи, сопровождающихся
сухостью кожи вследствие ослабления
деятельности потовых желез — при ani-
drosis, prurigo, ichthyosis, psoriasis, der-
matitis exfoliativa universalis и друг.

28. Rp. *Sol. aqu. pilocarpini* 1% 10,0.

D.S. Подкожн. впр. по 1 куб. см

29. Rp. *Pilocarpini* 0,3.

Extr. et pulv. liquir. q. s. Ut f.
pil. № 30. S. По 1 пил. 2 раза
в день.

Ограничивающие потоотделение:

при hyperidrosis и других болезнях кожи, когда они сопровождаются усиленной потливостью, — при eczema utricaria и друг.

30. Rp. *Atropini sulf.* 0,02.

Extr. et pulv. liquir. q. s., Ut f. pil. № 20. S. По 1 пилюле 1 — 2 раза в день.

31. Rp. *Atropini sulf.* 0,03,

Aq. destill. 15,0. M.D.S. По 5 кап. 2 — 3 раза в день.

32. Rp. *Atropini sulfurici* 0,015.

Aq. destill. 15,0. M.D.S. Для подкожн. впр. по 1 куб. см.

Исправляющие обмен веществ:

при болезнях кожи, сопровождающихся нарушением обмена веществ, — при eczema, utricaria chronica, pruritus и друг.

33. Rp. *Urotropini* 0,5.

D. t. d. in caps. amyl. № 20. S. По 1 капс. 2 — 3 раза в день (при мочекишлом диатезе).

34. Rp. *Piperazini* 0,5.

D. t. d. in caps. amyl. № 20. S. По 1 капс. 2 — 3 раза в день (при мочекишлом диатезе).

35. Rp. *Spermini Poehl pro uso interno flacon* 1.

D.S. По 20 — 30 кап. 3 раза в день в Боржоме (при мочекишлом диатезе, при недост. деятельности яичек).

36. Rp. *Spermini Poehl in ampul.* № 12.

D.S. Подкожн. впр. (при мочекишлом диатезе, при недостаточной деятельности яичек).

37. Rp. *Ovarini Poehl in tablett.* à 0,3.

D.S. По 1 табл. 3 раза в день перед пищей (при недостаточной деятельности яичников, особенно в климактерическом периоде).

38. Rp. *Tyreoidini Poehl in tabl.* à 0,1.

D.S. По 1 табл. 2 — 3 раза в день (при myxoedema, adipositas).

39. Rp. *Suprarenini Roche in tabletis* à 0,2 — 0,3.

D.S. По 2 табл. в день (при Аддисоновой болезни).

Обеззараживающие:

при болезнях кожи, вызываемых паразитами.

40. Rp. *Kali jodati* 8,0,

Aq. dest.,

Aq. Menthae aa 100,0.

M.D.S. По стол. лож. 3 — 6 р. в день (actinomycosis, blastomycosis, sporotrichosis).

41. Rp. *Chinini mur.* 0,3.

D. t. d. in caps. amyl. № 20. S. По 1 капс. 2 — 3 раза в день (фурункулез).

42. Rp. *Saloli* 0,6.

D. t. d. in caps. amyl. № 20.

S. По 1 капс. 3 раза в день (при брожении в желудке и кишках). См. также № 25 (при purpura rheumatica) и № 26 (при influenza).

43. Rp. *Olei Chaulmoograe* 200,0.

D.S. По 10 капель 3 раза в день, увеличивая до 200 капель в день (при проказе).

44. Rp. *Guajacoli puri* 1,0,

Camphorae triticae 0,35,

Vaselini liquidi 20,0,

Ol. Chaulmoograe lavati cum spiritu vini et filtrati 20,0.

M.D.S. Для подкожных впр. по 1 — 2 куб. см. (при проказе).

Отвлекающие:

при значительном наполнении пораженной кожи кровью, а также при обильной экссудации — eczema universale, erythema exsudativum universale, dermatitis exfoliativa universalis и др.

45. Rp. *Natr. bicarbon.* 30,0,

Ac. tartarici 24,0,

Natrii sulfurici 8,0.

M.D.S. По чайн. лож. 1 — 2 раза в день с водой.

46. Rp. *Inf. sennae composit.* 100,0.

D.S. По стол. лож. через 2 часа до действия.

47. Rp. *Natrii sulfurici* 100,0.
D.S. Стол. лож. с водой нато-
пак.
48. Rp. *Pulveris liquiritiae compositae*
60,0.
D.S. Полную чайную ложку на
ночь.

Усиливающие деятельность
сердца и почек:

при вялом кровообращении в коже, при
застойных явлениях в ней и для заме-

няющей усиленной деятельности по-
чек — при *eczema*, *erythema* и др.

49. Rp. *Inf. fol. digitalis ex* 0,5 — 200,0,
Liquoris kalii acetici 4,0.
M.D.S. По стол. лож. 3 — 4 раза
в день.
50. Rp. *Inf. adonis vernalis ex* 8,0 —
200,0.
D.S. По стол. ложке 3 — 4 раза
в день.
51. Rp. *Coffeini natriosalicyclici* 0,2.
D. t. d. in. obl. № 24. S. По 1
obl. 3 раза в день.

Наружные средства.

Защищающие кожу:

для защиты пораженной кожи от меха-
нических, температурных, химических
и паразитарных влияний при *eczema*,
erythema, *ephelides* и друг.

52. Rp. *Amyli tritici*,
Zinci oxydati aa 10,0.
M.D.S. Пудра.
53. Rp. *Zinci oxydati*,
Talci aa 20,0,
Magn. carbon. 10,0,
Spermaceti 2,0.
M.D.S. Пудра (жирная).
54. Rp. *Boli rubri* 4,0,
*Ung. Wilsonii (seu zinci benzo-
ati)* 30,0.
M.D.S. Мазь (от загара, весну-
шек).
55. Rp. *Amyli tritici*,
Zinci oxydati aa 20,0,
Ol. rosarum gutt. II.
M.D.S. Пудра (благовонная).
56. Rp. *Zinci oxydati*,
Amyli tritici aa 25,0,
Lanolini,
Vaselini flavi aa 25,0.
M.D.S. Паста (Lassar).
57. Rp. *Zinci oxydati*,
Boli rubri aa 10,0,
Lanolini,
Vaselini flavi aa 10,0.
M.D.S. Паста (против загара,
веснушек).

58. Rp. *Zinci oxyd.* 10,0,
Terrae siliciae 2,0,
Axung. porci benzoati. 18,0.
M.D.S. Паста (*Pasta zinci vulga-
ris Unnae*).
59. Rp. *Magisterii bismuti* 8,0,
*Ung. Wilsonii (seu zinci benzo-
ati)* 60,0.
M.D.S. Мазь.
60. Rp. *Ung. diachylon* 60,0.
D.S. Мазь.
61. Rp. *Ung. diachylon sine aqua pa-
rati* 60,0.
D.S. Мазь.
62. Rp. *Empl. zinci Unnae* 10 cm.
D.S. Пластырь.

Сосудосуживающие
и вяжущие:

при сильной красноте и мокнущих: при
eczema, *erythema exsudativum*, *dermati-
tis*, *balanitis*, *balanopostitis* и друг.

63. Rp. *Aquae plumbi* 400,0.
D.S. Примочка.
64. Rp. *Argenti nitrici* 0,15,
Aq. destill. 30,0.
M.D. In vitro nigro.
S. Примочка.

Противовоспалительные
успокаивающие:

при катаральных процессах кожи по
прекращении мокнутия — при *eczema*,
erythema, *dermatitis* и друг.

65. Rp. *Thioli liquidi* 50,0.
D.S. Смазывание.
См. также рецепты №№ 52—61.

Разрешающие:

при хронических воспалительных процессах кожи, соединенных с инфильтрацией ткани, в стадии стационарной, без склонности к обострению — при eczema, psoriasis, acne vulgaris и др.

66. Rp. *Spiriti saponati kalini Hebrae* 200,0.
Spiriti lavandulae 5,0.
D.S. Растирание (при seborrhoea, acne vulgaris, psoriasis, eczema chronicum).
67. Rp. *Chrysarobini* 3,0.
Traumaticini 30,0.
M.D.S. Для смазыв. (psoriasis).
68. Rp. *Pyrogalloli* 5,0.
Lanolini 40,0.
Vaselini fl. 10,0.
M.D.S. Мазь (psoriasis).
69. Rp. *Olei rusci* 30,0.
D.S. Для втирания (psoriasis, eczema squamosum).
70. Rp. *Ol. rusci* 4,0.
Ung. Wilsonii 30,0.
M.D.S. Мазь для втирания.
71. Rp. *Ol. rusci*,
Alcohol aa 30,0.
M.D.S. Для втирания (при seborrhoea capillit., psoriasis).
72. Rp. *Naphtol* 3 1,0.
Alcohol 100,0.
M.D.S. Для втиран. (при seborrhoea capillitii, psoriasis).
73. Rp. *Acid. salicylici* 1,0,
Ung. diach. sine aqua par. 50,0.
M.D.S. Мазь (при eczema chronicum).
74. Rp. *Acid. salicylici* 2,0,
Zinci oxydati,
Amyli tritici aa 24,0,
Lanolini,
Vaselini fl. aa 25,0.
M.D.S. Паста (при eczema chronicum).
75. Rp. *Tinct. jodi* 30,0.
D.S. Для смазывания (при lupus erythematosus).

76. Rp. *Sulfuris sublimati depurati* 1,0,
Unguenti Wilsonii 50,0.
M.D.S. Мазь (eczema chronicum, eczema seborrhoicum).

Разрушающие:

при болезнях кожи, при которых единственным способом излечения является разрушение больной ткани — при lupus vulgaris, cancer cutis, papillomata acuminata и друг.

77. Rp. *Acid. nitrici fumans* 10,0.
D.S. Для прижигания (бородавок).
78. Rp. *Acid. acetici glacialis* 15,0.
D.S. Для прижигания (папиллом).
79. Rp. *Acid. carbolicis crystallisati* 15,0.
D.S. Для прижигания (мягкого шанкра).
80. Rp. *Acid. lactici* 15,0.
D.S. С terra silicea делается паста ex tempore (волчанка).
81. Rp. *Acid. arsenicosi* 1,0,
Cinnabaris 3,0,
Ung. emollientis 24,0.
M.D.S. Паста Гебры (при волчанке).
82. Rp. *Acid. arsenicosi* 1,0,
Spir. vini 96%,
Aq. dest. aa 50,0.
M.D.S. Для смазыв. (эпителиомы).
83. Rp. *Sol. aqu. kali caustici* 30% 15,0.
D.S. Для растирания (eczema keratodes).
84. Rp. *Pulv. herbae sabinae*,
Aluminis ustae,
Ferri sesquichlorati crystallisati aa 10,0.
M.D.S. Присыпка (папилломы).
85. Rp. *Natr. hydrosulfurati* 3,0,
Calcariae vivae,
Amyli aa 10,0,
Aq. dest. q. s. Ut fiat pasta ex tempore. D.S. Для смазыв. (Буде-Мартен). (При волосатости).
86. Rp. *Arsenici sulfurati* 1,0,
Amyli 10,0,
Calcariae vivae 16,0.
M.D.S. С водой делается паста. (При волосатости).

Кератопластические:

при болезнях с нарушенным процессом ороговения — при psoriasis, eczema chronicum, pityriasis rubra, dermatitis exfoliativa, combustio и друг.

87. Rp. *Linimenti calcarii* 150,0.
D.S. Для смазыв. (ожог).
См. также рецепты №№ 64 — 65, 67 — 72.

Кератолинические, отшелушивающие:

при болезнях кожи, требующих удаления ненормального рогового покрова — при seborrhoea, psoriasis, clavus, herpes tonsurans, pityriasis versicolor и друг.

88. Rp. *Saponis viridis* 200,0.
D.S. Для втирания.
89. Rp. *Amyli tritici*,
Zinci oxydati aa 35,0,
Resorcini 30,0,
Vaselini,
Lanolini aa 50,0.
M.D.S. Паста (отшелушивающая).
90. Rp. *Naphtol* β 10,0,
Sulf. praecipitati 40,0,
Saponis viridis,
Vaselini aa 25,0.
M.D.S. Паста (Лассар).
91. Rp. *Acid. salicyl.* 3,0,
Collodii elast. 30,0.
M.D.S. Для смазывания (мозолей).

Обезжиривающие:

при болезнях кожи, соединенных с усиленным выделением жира, — при seborrhoea.

Вытирание спиртом, бензином.
Размывание мылом. См. также рец. № 66.

Размягчающие:

при болезнях, соединенных с сухостью кожи и волос и с образованием корок, — при eczema crustosum, erythema crustosum, dermatitis crustosa, favus, xerosis cutis et pilorum, ichthyosis и друг.

92. Rp. *Lanolini* 100,0,
Vaselini 50,0.
M.D.S. Для мазев. компресса.

93. Rp. *Ol. provincialis* 100,0.
D.S. Для смазыв. головы.

94. Rp. *Lanolini puri*,
Vasogeni spissi aa 15,0,
Ol. amygd. dulc. 10,0.
Ol. bergam. gutt. X.
M.D.S. Помада для волос.
См. также рец. № 60 и 61.

Высушивающие:

при усиленном потоотделении — hyperidrosis.

95. Rp. *Talci* 15,0,
Acidi salicylici 0,15.
M.D.S. Пудра.
96. Rp. *Sol. aqu. 1%* *formalini* 250,0.
D.S. Для обмыван. (при потливости).
97. Rp. *Sol. aqu. 10%* *formalini* 50,0.
D.S. Для смазыван. ладоней и подошв (при потливости).
98. Rp. *Sol. aqu. 5%* *acidi chromici* 200,0.
D.S. Для смазыв. подошв (при потливости).
99. Rp. *Tannini*,
Glycerini aa 40,0,
Tinct. jodi 20,0.
M.D.S. Для смазывания ладоней и подошв (при потливости).

Болеуспокаивающие:

при болезнях кожи, соединенных с значительной болезненностью пораженных частей, как это бывает при язвах различного происхождения, при ожогах, трещинах и проч.

100. Rp. *Extr. belladon.* 0,3,
Hydr. praec. fl. 0,2,
Vaselini 30,0.
M.D.S. Мазь (язвы, ссадины, трещины).
101. Rp. *Orthoformii*,
Xeroformii aa 10,0,
Vaselini 100,0.
M.D.S. Мазь (язвы, ссадины, трещины).

Зудуспокаивающие:

при болезнях, сопровождающихся сильным зудом, — при pruritus cutaneus, lichen ruber, urticaria, eczema и др.

102. Rp. *Ac. carbolic* 2,0,
Vaselini 50,0.
 M.D.S. Для втирания.

103. Rp. *Bromocoli* 10,0,
Lanolini,
Vaselini \overline{aa} 50,0.
 M.D.S. Мазь.

104. Rp. *Anaesthesini* 10,0,
Lanolini,
Vaselini \overline{aa} 100,0.
 M.D.S. Мазь.

105. Rp. *Mentholi* 2,5,
Lanolini,
Vaselini \overline{aa} 25,0.
 M.D.S. Мазь.
 См. также рец. №№ 69 — 71.

Укрепляющие:

при болезнях кожи, соединенных с упадком жизнедеятельности кожи, — при alopecia, seborrhoea, atrophia и др.

106. Rp. *Tinct. cantharidum* 15,0,
Alcohol 150,0.
 M.D.S. Для втир. (alopecia).
 См. также рец. №№ 66, 71, 72.

Противопаразитные:

для уничтожения паразитов — растительных, животных, бактерий.

107. Rp. *Olei petri*,
Olei provincialis \overline{aa} 50,0.
 M.D.S. Для смазывания головы (при вшивости).

108. Rp. *Ung. cinerei* 4,0.
 D.S. Для втир. (lymphangoitis, phthyriasis pubis).

109. Rp. *Styracis liquidi* 15,0,
Spir. vini rectificati,
Saponis viridis \overline{aa} 5,0,
Axung. porci 30,0.
 M.D.S. Для втирания (чесотка).

110. Rp. *Florum sulfuris*,
Olei rusci \overline{aa} 30,0,
Saponis viridis,
Axungii porci \overline{aa} 60,0,
Cretae albae 8,0,
M. f. Unguentum.
 S. Для втирания (ung. Wilkinsonii, при чесотке).

111. Rp. *Hydrarg. bichlor.* 0,25,
Alcohol 50,0.
 M.D.S. Для примочки (площадки) и втиран. (парши).

112. Rp. *Sol. aqu.* 1:2000 *hydrargyri bichlorati* 250,0.
 M.D.S. Для согрев. компресса.

113. Rp. *Jodoform. desodorati* 4,0.
 D.S. Присыпка (для язв).

114. Rp. *Xeroformii* 8,0.
 D.S. Присыпка (для язв).
 См. также рец. №№ 75, 101, 102.

Обесцвечивающие:

115. Rp. *Hydrogenii hyperoxydati medicinalis* 40,0,
Lanolini 20,0,
Vaselini 10,0,
 M.D.S. Мазь (для обесцвечивания волос по Унна).

Сжимающие:

116. Rp. *Collodii elast.* 30,0.
 D.S. Для смазыв. (маленьких сосудистых опухолей).

117. Rp. *Zinci oxyd.*,
Gelatinii \overline{aa} 10,0,
Glycerini,
Aq. dest. \overline{aa} 40,0.
 M.D.S. Для смачивания бинта при наложении клеевой повязки.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

- Абензоар 3, 11.
 Abscessus sporotrichoticus multiplex 427.
 Adenoma sebaceum 467.
 » sudoriparum 465.
 » sudoriferum 465.
 Adipositas 48.
 » dolorosa 347.
 Adrenalinum 125, 145, 176.
 Агарияци 278.
 Аебу 12.
 Азотнокислое серебро — см. Argentum nitricum.
 Acanthia lactularia 439.
 Acantholysis 81.
 Acanthosis nigricans 249, 317.
 Acarophobia 139.
 Acarus scabiei 430.
 Aqua plumbi 126, 312, 343, 360, 362, 366.
 cne bromica 144, 286.
 » vulgaris 143, 284, 285, 412.
 » indurata 285, 290.
 » jodica 143, 145, 286.
 » keloid 290.
 » rosacea 88, 291, 412, 458.
 Azua 241, 242.
 Аснephobia 200.
 Ascnitis 391, 408.
 Акoбжaнaнц 382, 445.
 Acrodermatitis chronica atrophicans 338.
 Активомикоз 425.
 Albinismus 326, 358.
 Alibert 6, 7, 8.
 Алкоголь 438.
 Alopecia 295.
 » anaemica 299.
 » areata 300.
 » hereditaria 298.
 » congenita 298.
 » neurotica 299.
 » seborrhoica 295.
 » syphilitica 302.
 Alopecia toxica 299.
 Alumen ustum 278, 476.
 Amylum triticum 126, 171, 278, 364.
 Ампутация 344.
 Anaesthesinum 197.
 Anasarca hystericа 180.
 Anetodermia erythematosa Jadassoni 335.
 Ангина 374.
 Angiokeratoma 456.
 Angioma 453.
 » cavernosum 454.
 » plexiforme 456.
 » racemosum 456.
 » senile 454.
 » simplex 453.
 Angiosarcoma 445, 448.
 Angulus infectiosus 371.
 Aneurisma cirsoides 456.
 Anidrosis 279.
 Аномалии потоотделения 276.
 Anonychia congenita partialis 356.
 Anopheles 439.
 Антипирия 144.
 Антонов огонь 250.
 Anthrax 375.
 Анфимов 12.
 Аппарат Паклена 319, 394.
 » Физзена 400.
 Area Celsi 3, 300.
 Argentum colloidalе 165.
 » nitricum 154, 165, 307, 368, 477.
 Argyria 249.
 Ариозан 247.
 Arsenicum — см. Мышьяк.
 Д'Арсонваль 15, 187.
 Асептическое размягчение 250.
 Aspirinum 124, 142, 187, 274.
 Аструк 4.
 Asteatosis 291.
 » partialis 291.
 Asteatosis universalis 291.

Asphyxia localis extremitatum 254.
 Атропия 144, 198, 278, 282.
 Atrophia diffusa 336.
 » idiopatica progressiva 336.
 » cutis 330.
 » maculosa 335.
 » senilis 331.
 » striata 333.
 Атрофические полосы 333.
 Atrophodermis centrifuga 402.
 Аутогемотерапия 370, 260.
 Афты 164, 476, 478.
 Achromia 326.
 Acidum aceticum glaciale 463, 319, 322.
 » boricum 154, 171, 278.
 » hydrochloricum 322.
 » carbolicum 132, 197, 228, 275,
 362, 364, 377, 379, 410, 412.
 » lacticum 393, 400.
 » nitricum 245, 319, 456, 463.
 » pyrogallicum 218.
 » salicylicum 170, 239, 249, 377,
 278, 280, 407, 417, 426.
 » tannicum 279.
 » chromicum 243, 279.

Баранова 451.
 Bazin 9, 10, 434, 408.
 Bacteriophobia 199.
 Байбуртыя 201.
 Balsamum peruvianum 434, 260, 363.
 Банки Бира 216, 305.
 Баталинская вода 125, 130, 143, 274.
 Bateman 5.
 Bacillus anthracis 376.
 Бациллы Фрича 410, 14.
 Beiersdorf 15.
 Белые пятна 479, 481.
 Белый угорь 284, 285.
 Бензин 439.
 Бензол 461.
 Benzonaphtol 126, 189.
 Benignes miliar lipoid 450.
 Berend 16.
 Besnier 15, 16, 239, 241, 242.
 Bielt 7, 8.
 Бинтование 227, 302, 131, 260, 343.
 Бир 15.
 Bismutum salicylicum 338, 176, 382.
 » subnitricum 322.
 Blastomycosis 426, 428.
 Blaschko 12.

Бленнорея гортани Штёрка 410.
 Blix 12.
 Блохи 439.
 Boerensprung 14.
 Boerhave 4.
 Болезненное ожирение 347.
 Болезни кожи, вызываемые бактериями 367.
 » » » животными
 паразитами 430.
 » кожи, вызываемые раститель-
 ными паразитами 413.
 » ногтей 312.
 Болезнь Аддисона 249.
 » Базена 408.
 » Дарье 248.
 » Деркума 347.
 » Рэйно 254, 265.
 » Реклингаузена 351, 440, 467.
 Bolus rubra 321, 364.
 Боржом 125, 130, 188.
 Борный вазелин 126.
 Бородавка 244.
 Bothryomycosis 455.
 Бороздчатый язык 478.
 Bridou 371.
 Бром 124, 142, 176, 187, 197, 273, 278,
 282, 287, 304, 406, 425.
 Bromidrosis 280.
 Бромистые препараты 144.
 Bromocol 132, 197.
 Бронзовая болезнь 322.
 Brosq 268.
 Брук (Brooke) 241, 242, 247.
 Бугорок 89, 391.
 Bulla 91.
 Bouton d'Alep 379.
 » de Biscra 379.
 Buzzi 12, 32.
 Вазелин 274, 275, 364, 372, 382, 422.
 Вакуолизация клеток 81.
 Вакциноотерапия 412.
 Вальдайер 12.
 Ванны ароматические 258.
 » водяные 188, 274, 280.
 » горячие 188, 266, 282.
 » грязевые 188, 266.
 » индифферентные 278, 282.
 » паровые 188, 274, 280, 289.
 » серные 188, 266.
 » суховоздушные 188, 274, 280.

Ванны теплые 260, 274, 282.

» углекислые 237.

Varices 259.

Вегетирующий фолликулярный кератоз 248.

Венское тесто 456.

Веронал 107, 124.

Verruca 244.

» *vulgaris* 244.

» *negrogenica*.

» *plana* 244, 245.

» *seborrhoica* 244.

» *senilis* 244, 245.

Vesicula 90.

Веснушки 321.

Vibices 88.

Willan 5, 6, 7, 8.

Willis 4.

Wilson 8, 268.

Virilismus 358.

Vitiligo 192, 326.

Вихры 39.

Vichy 144, 188.

Внушение 180, 246.

Водяница 281.

» ложная 429.

Волов 139, 356, 371, 428.

Волосатость 307.

Волосы 36.

» длинные 38.

» пушковые 38.

» шерстистые 32, 38.

» щетинистые 38.

Волосной сосочек 38.

Волчанка 395.

» эритематозная 401.

Вольф 16.

Воспаление волосяных мешков 310.

» кожи 84.

» » вследствие наружных физических и химических влияний 359.

» » от лучей Рентгена 364.

» » от химич. веществ 363.

Воспалительный угорь 284.

Восточная язва 379.

Вошь лобка 437.

Врожденная гипертрофия ногтей 357.

» пузырчатка 167.

Врожденное отсутствие ногтей 356.

Врожденные аномалии кожи 350.

» пигментные пятна 317.

Врожденный недостаток пигмента 326.

Всасывание кожей химических веществ 70.

Вшивость 434.

Выжигание 393, 426, 436.

Выпадение волос 312.

Вырезывание 351, 419, 329, 412, 444, 458, 472, 474.

Выскабливание 393, 399, 405, 426.

Вялая кожа 353.

Habitus scrophulosorum 406.

Гаврилов 219.

Гален 3, 3, 5.

Halloréau 241.

Гальванизация 232, 154, 179, 242, 260, 266.

Гальванокаустика 413, 245, 319, 351, 456, 467.

Gangraena diabetica 253.

» *hysterica* 253.

» *humida* 250.

» *cutis* 250.

» *multiplex* 253.

» *senilis* 252.

» *sicca* 250.

Гансен 14.

Гарби 202.

Гарди 9, 15.

Гаффенрефер 4.

Гваякол 239, не найдено!

Ге 18.

Гебра Ганс 209.

Гебра Фердинанд 10, 11, 12, 16, 104, 118, 137, 142, 165, 168, 209.

Гексли 38.

Генде 32, 38.

Haemangioma 454.

Haematuria 280.

Haemorrhagiae cutaneae 145.

Гермафродитизм 358.

Herpes 147.

» *gangraenosus* 150.

» *haemorrhagicus* 150.

» *genitalis* 152, 164.

» *zoster* 114, 149, 163.

» *labialis* 151, 164.

» *oris* 152.

» *tonsurans* 371, 210, 302, 419.

Herpes ulcerosus 150.
 Гиалиновое перерождение 81.
 Hydradenoma 465.
 Hydargyrum praecip. album 322.
 » » flavum 422, 430.
 Hydrastinum hydrochloricum 125.
 Hydroa vacciniiformis 363.
 » estivalis 363.
 Hydrogenium peroxdatum 477.
 Hyperacanthosis 80.
 Гиперемия 82.
 » активная 82.
 » пассивная 72, 83.
 Hyperidrosis 46, 276.
 » localis 276.
 » superior 276.
 » universalis 276.
 » unilateralis 276.
 Hyperkeratosis 80.
 » gonorrhoeica 243.
 » palmaris et plantaris sym-
 metrica 239.
 Hyperpigmentatio arsenicalis 324.
 » cutis 82, 317.
 Hyperplasia membrana interdigitalis 352.
 Hypertrichosis 307, 357.
 » acquisita 308.
 » congenita partialis 308.
 » congenita universalis 308.
 Гипертрофия ногтей 313.
 » соединительной ткани 85,
 341.
 Hypopigmentatio 82.
 Hypotrichosis 358.
 Гипохлорид кальция 382.
 Гипсократ 2.
 Гладкие мышцы 51, 86.
 Гладкомышечные опухоли 453.
 Glossy skin 337.
 Глухенький 116, 139, 175, 195.
 Гнойничковая сыпь 367.
 Гнойничок 91.
 Godet favique 413.
 Головная вошь 435.
 Гольджи-Мадзоньевы тельца 61.
 Гольдшнейдер 12.
 Гольман 389.
 Гонососсорофобия 200.
 Гранулема кольцевидная 451.
 Granuloma annulare 451.
 » teleangiectodes 455.
 Granulomatosis 458.

Granulosis rubra nasi 283.
 Грюби 8.
 Гумма сифилитическая 142, 428.
 Гусиная кожа 51.
 Давление 343.
 Дарье 15, 248.
 Данилевская 264, 291, 354, 358.
 Девержи 8.
 Деготь 131, 218, 297, 433.
 Дерматит 424, 435.
 Dermatitis venenata 363.
 » herpetiformis Dühring 170.
 » ex causa externa 114, 359.
 » ex frigore 362.
 » exfoliativa aduttorum 164,
 211, 268, 275.
 » » linguae 478.
 » » neonatorum 274.
 » calorica 360.
 » micropapulosa nasi 283.
 » papillaris 290.
 » reticularis 361.
 » toxica 363.
 » traumatica 359.
 Dermatology 353.
 Dermatoze figuree medio-thoracique 133.
 Dermatolthlasia 200.
 Dermatophobia 199.
 Дермографизм белый 57.
 » красный 56.
 Desquamatio 94.
 Диатермия 294.
 Дип 389.
 Dysidrosis 114, 281, 429.
 Distrophie pigmentaire et papillaire 249.
 Добротворская 266, 354, 466.
 Доброкачественные саркоидные ново-
 образования Бёка 405, 458, 459.
 Догель 12.
 Dreysel 32.
 Дрожжевой грибок 425.
 Дубовской 468.
 Дымящая азотная кислота 456.
 Дыхательная функция кожи 68.
 Едкое кали 131, 314, 377.
 Eczema 131, 140, 161, 170, 237, 240,
 103, 142, 152, 163, 186, 191,
 233, 234, 272.
 » acutum 105.
 » верхних конечностей 112.

Eczema волосистой части головы 109.

- » de flanelle 133.
- » кожи губ 110.
- » кожи сосков 111.
- » красной каймы губ 111.
- » лица 110.
- » marginatum 424.
- » нижних конечностей 112.
- » подмышечных впадин 111.
- » seborrhoicum 133.
- » squamosum 108, 110.
- » subacutum 108.
- » chronicum 108, 186, 341.

Eczematisatio 191.

Excoriatio 92.

Extractum belladonnae 260, 366.

- » hydrastis canadensis 125.
- » radiae 288.
- » fluidum cascarae sagradae 281.

Ectyma vulgaris 369.

Echymosae 88.

Elephantiasis arabum 265, 339.

- » verrucosa 339.
- » glabra 339.
- » graecorum 333.
- » erosiva 339.
- » idiopatica 341.
- » lymphangiectodes 342.
- » papillomatosa 339.
- » teleangiectodes 342.
- » ulcerosa 339.

Empyreolum album 218.

Emplastrum zinci Unnae 143.

- » saponato-salicylicum Unnae 239.

Epidermis 27.

Epidermolysis bullosa hereditaria 167.

- » bullosa dystrophica 144. 167.

Epizoa 430.

Epispadia 357.

Epithelioma cutis 469.

Epitheliomes adenoides des glandes sudoripares 465.

Ergotinum Bonjeani 124, 142, 176, 278, 287, 266, 358, 375, 292, 304, 406, 425.

Ergotismus 348.

Erysipelas 372.

- » bullosum 372.
- » vesiculosum 372.
- » gangraenosum 372.

Erysipelas migrans 329, 373.

- » circumscriptum 373.

Erythema annulare seu circinatum 137.

- » atrophicans 402.
- » bullosum 137, 139, 141.
- » vesiculosum 98, 114, 137, 153, 140.
- » haemorrhagicum 137.
- » ex pudore 88, 134.
- » exsudativum bullosum 364.
- » » multiforme 113, 134, 135, 136, 143, 439.
- » impetiginosum 416.
- » induratum 391.
- » iris 137.
- » climactericum 139.
- » maculosum 136, 140, 421.
- » medicamentosum 139, 143.
- » nodosum 135, 137, 143.
- » papulosum 137.
- » pustulosum 137.
- » scarlatiniforme 137, 141, 267.

Erythème induré 408.

- » cetrifuge 402.

Erythrasma 424.

Erythrodermia exfoliativa universalis 267.

Erythromelalgia 178.

Erlich 12, 60.

Ehrmann 12.

Ершов 247.

Эссенцуки 125, 130, 144, 188.

Europhenum 393.

Жакэ 15.

Жандр 12.

Железистый эпителий 36.

Железные минеральные воды 305.

Железо 129, 168, 189, 328, 198, 237, 273, 275, 278, 287, 299, 305, 320, 371.

Желтая опухоль 442.

Жемчужины раковые 469.

Жибер 8.

Животные паразиты 97, 430.

Жидкая угольная кислота 228, 405, 456.

Жировик 442.

Загар 30.

Замораживание угольной кислотой 228, 405, 456.

Заразительный моллюск 463.

Заславский 139, 236.

- Зеленов 18.
 Зеозол 321, 364.
 Зернистый слой 31.
 Zenthoefer 12.
 Злая корча 348.
 Золотуха 407.
 Золотушные язвы 394.
 Зоны Хеда 65.
 Зуд 64.

 Jadassohn 283.
 Jahrish 16.
 Jessner 16.
 Известковые отложения 444.
 Ixodes ricinus 438.
 Impetigo 367.
 » Bockhardt 367.
 » vulgaris 368.
 » herpetiformis Hebrae 168, 170.
 » contagiosa 367.
 Инсулин 371.
 Инфантилизм 358.
 Инфильтрат кожи 84.
 Infusum Adonis vernalis 126.
 » sennae 274.
 » fol. digitalis 126.
 Иод 407, 429.
 Иодистые препараты 143, 165, 258, 467.
 Иодная настойка 165, 370, 411, 375, 417, 422, 429, 463, 465.
 Jododerma tuberosum fungoides 144, 348.
 Jodoformium 348, 393.
 Ихтиоловая мазь 374.
 Ichtyolum 343.
 Ichtyosis 230.
 » hystrix 231.
 » cornea 230, 231.
 » localis 231.
 » nitida 230.
 » sebacea cornea 246.
 » serpentina 230, 231.
 » simplex 230.
 » universalis 231.
 » foetalis s. congenita 237.

 Казенав 7, 8.
 Kala-azar 382.
 Kalium hypermanganicum 165, 379, 382, 393, 425, 400, 408, 476, 478, 481.
 » jodatum 379, 358, 379, 425, 429.
 Calcaria viva 309.
 Calomel 343.

 Calcium chloratum 144, 145, 147.
 Cancer en cuirasse 474.
 » cutis 469.
 Canities 305, 326.
 » acquisita 305.
 » congenita 305.
 » praematura 305.
 » senilis 305.
 Кароси 16, 18, 241, 209.
 Карболовая кислота — см. Acidum carbolicum.
 Карбункул 369.
 Karg 13.
 Карлсбад 130.
 Caseosan 371.
 Катаракта 358.
 Катар кожи 103.
 Кахексия 370.
 Кварцовая лампа Кромейера 401, 305.
 Кёлликер 27.
 Keloid 265, 440.
 Кератин 32, 209.
 Keratinisatio 81.
 Keratosis pilaris 229.
 » follicularis contagiosa 246, 247.
 Kerion Celsi 420.
 Керосин 436.
 Clavus 238.
 Классификация кожных болезней 99.
 Клетки Микчулича 410.
 Климатическое (курортное) лечение 112, 129, 266, 177, 215, 219, 304.
 Clinocerphalia 358.
 Клопы 439.
 Коган 312.
 Коденин 124, 179, 273.
 Кожа головки члена 67.
 » груди и спины 66.
 » грудных сосков 57, 67.
 » как регулятор тепла 76.
 » красной каймы губ 66.
 » ладоней и подошв 57, 67.
 » лица 66.
 » малых и больших губ 67.
 » подмышечных впадин 57, 66.
 » разгибательных и сгибательных поверхностей конечностей 67.
 » ушных раковин 66.
 Кожевников 118, 161, 225, 252, 353, 428.
 Кожные кровоизлияния 145.
 Кожный зуд 189, 458.
 » por 243.

Koilonychia.
 Колликвационный некроз 250.
 Collodium elasticum 246.
 Колобома 358.
 Комары 439.
 Combustio 360.
 Comedo 214, 284.
 Компрессы спиртовые 375.
 Конвенгирующие линии 39.
 Condylomata acuminata 461.
 Концевые колбы Краузе 62
 Corium 48.
 Корка 94.
 Cornu cutaneum 243.
 Cortex quercus 279.
 Космадис 107, 109, 138, 159, 191, 203,
 224, 255, 262, 281, 282, 327, 336, 434.
 Coffeinum 252.
 Крапивница 170, 171, 196.
 » гигантская 172.
 » острая 172.
 » хроническая 173.
 Красная глина 321.
 Красные угри 291.
 Красный лишай 221.
 » отрубевидный лишай 274.
 Kraurosis vulvae 192.
 Креозот 274, 389.
 Кровонизлияние 85.
 Кромейер 15, 16, 209.
 Круговое выпадение волос 300.
 Srusta 94.
 Xanthelasma 442.
 Xanthoma 442.
 » diabeticorum 443.
 » planum 442.
 » planum palpebrarum 442.
 » tuberosum 442.
 » universale 391, 443.
 Xeroderma pigmentosum 317, 337.
 Xerosis cutis 254, 280, 279, 291.
 Xeroformium 165, 168, 252, 254, 260,
 348, 361, 363, 366, 393, 408.
 Culicidae 438.
 Кумарин 321.
 Cutis anserina 51.
 Cutis verticis gyrata 354.
 » hyperelastica 353.
 » laxa 353.
 » romboidea hypertrophica cervicis
 355, 356.
 » senilis 236.

Лавров 356, 428.
 Lagophthalmus 388.
 Ланг 242.
 Langer 12.
 Лангеровские линии 48, 381.
 Ланолин 337, 127, 274, 275, 364, 372, 382.
 Ланолиновая помада 310.
 Lapis mitigatus 399.
 Larva migrans 438.
 Лебедев 18.
 Leiomyoma cutis 453.
 Leishmania Donovanii 382.
 » infantum 282.
 » furunculosa seu tropica 382.
 Лекарственные сыпи 143.
 Leloir 235.
 Леонтович 12.
 Lepra 265.
 » mixta 385.
 » nervosa, maculo-anaestetica 385.
 » tuberosa 385, 459.
 Лепролин 389.
 Lesser 16.
 Leukaemia cutis 457.
 » » diffusa 459.
 » » lymphoides 457.
 » » myeloides 458.
 » » circumscripta 458.
 Leucoderma 326.
 Leucopathia 326.
 Leucoplakia 479, 480.
 Liqueur ferri sesquichlorati 279, 383.
 Lymphangiectasia 457.
 Lymphangioma 457.
 Lymphangoitis gummosa sporotrichotica
 427.
 Lymphoma malignum 458.
 Lymphomatosis aleukaemica 458.
 Lymphosarcoma 445.
 Lingua geographica 478.
 » scrotalis 478.
 Линдстрем 18.
 Linimentum calcarium 168, 274, 361.
 Lipoiddystrophia cutis 346.
 Lipoma 442.
 » durum 442.
 » cavernosum 442.
 » lymphangiectaticum 442.
 » myxomatodes 442.
 » molle 442.
 » petrificum 442.
 » telangiectaticum 442.

Lichen pilaris 229.

- » *ruber* 197, 211, 221.
- » » *acuminatus* 186, 222.
- » » *verrucosus* 223.
- » » *corneus* 223.
- » » *obtusus* 223.
- » » *pemphigoides* 224.
- » » *planus* 174, 187, 219, 222, 478.
- » *simplex* 166, 192.
- » *scrophulosorum* 358, 226, 406.
- » *spinulosus* 246, 247.
- » *spinosus* 246.

Lichenificatio 166, 191, 192.

Лорри 4.

Лоснящаяся кожа 337.

Люголь 7.

Луковица волоса 37.

Lupus vulgaris 395, 283.

- » » *annularis* 369.
- » » *hypertrophicus seu tumidus* 395, 359.
- » » *disseminatus* 395.
- » » *exulcerans* 396.
- » » *exfoliatus* 396.
- » » *confluens tuberosus* 395.
- » » *linearis* 395.
- » » *maculosus* 395.
- » » *mutilans* 398.
- » » *nummularis* 396.
- » » *oedematosus* 395.
- » » *papillomatosus* 396.
- » » *pernio* 396, 403.
- » » *serpiginosus* 397.
- » » *tuberculosis* 395.
- » *erythematosus* 283, 401.
- » » *hypertrophicus* 403.
- » » *discoideus* 402.
- » » *disseminatus* 403.

Лучистый грибок 425.

Лянец 18.

Ляпис 463.

Magisterium Bismuti 433.

Мазь Гебры 322.

» Гельмериха 434.

» индифферентная 171, 197, 439.

Майорова 117.

Мак Дональд 389.

Макродантизм 358.

Max Joseph 13.

Macula 88.

Маллеин 379.

Malleus 377.

Мальпиги 4.

Мальпигиев слой 23, 34.

Маршенбад 130.

Маска беременности 320.

Массаж 131, 189, 198, 216, 237, 266, 275, 274, 282, 289, 297, 305, 307, 312, 323, 332, 335, 337—338, 343, 347.

Массаж—растяжение кожи 198, 289.

Маточные пятна 320.

» рожки 215.

Megalosporia 421.

Межклеточные мостики 29.

Межсосочковые продолжения эпителия 31.

Мейбомиевы железы 43.

Meissner 12.

Мейснеровы осязательные тельца 61.

Мед 433.

Меланобласты 30.

Malanosarcoma 446.

Melanosis lenticularis progressiva 337.

Менингит 373.

Mentholum 132, 197.

Merkel 12.

Меркелевские осязательные клетки 60.

Меркуриалис 4.

Мертенс 12.

Местная синюха и омертвление конечностей 254.

Метамерические линии 39.

Метиленовая синька 378, 382.

Мибеелли 246.

Микродантизм 358.

Microsporon minutissimum 424.

» *furfur* 96, 423, 424.

Milium 284.

Миокардит 373.

Muxoedema 265, 345.

Muxolypoma 444.

Muxolyposarcoma 444.

Мухома 444.

Muoma cutis 453.

Многочисленная экссудативная эритема—см. *Erythema exsudat. multiforme*.

Множественная идиопатическая пигментная саркома *Kaposi* 446.

Множественное омертвление кожи 255.

Мозоль 238.

Мокнувший лишай 103.

Molluscum contagiosum 463, 467.

Molluscum pendulum 351.
 » *fibrosum* 351.
 Молоко (впрыскивания) 260, 375.
 Молочные железы 43.
 Монтаньяна 4.
Morbus Addisonii 249.
 » *maculosus Werlhoffii* 146.
 » *Raynaud* 254, 265.
 Морганьи 4.
 Морские купанья 304.
 Морфий 179.
 Морщины лица 24.
 Москалев 13.
 Москиты 439.
 Мочегонные средства 125.
 Мочеизнурение несахарное 375.
 » сахарное 331, 375.
 Мочекислый диатез 130.
Multiplex benignes sarcoid 450.
Muscidae 439.
 Мутляция 388.
 Мухи 439.
 Мыльные размывания 131, 138, 220,
 288, 289, 292, 296, 298, 307, 310, 312,
 325, 329, 406, 407, 417, 425, 434.
 Мышечно-волосковый рефлекс 52.
 Мышцы гладкие 31.
 » поперечно-полосатые 51.
 Мышьяк 129, 142, 144, 153, 165, 168,
 171, 189, 198, 214, 227, 237, 246, 249,
 273, 275, 278, 299, 297, 304, 307, 310,
 315, 320, 328, 332, 335, 337, 338, 347,
 349, 371, 405, 408, 412, 444, 449, 451,
 453, 460, 472.
 Мышьяковая пигментация 249.
 Надкожица 27.
 Насечки 292, 289.
 Настин 389.
 Натоптыши 238.
Natrium bicarbonicum 144.
 » *bromatum* 124, 176, 187.
 » *gynocardicum* 388, 389.
 » *hydrosulfuratum* 309.
 » *jodatum* 143.
 » *morrhaticum* 389.
 » *salicylicum* 142, 144, 187.
Naphtol § 287.
Naevus 317, 350.
 » *vasculosus* 354, 454.
 » *verrucosus* 308, 318, 350.
 » *elevatus* 318.
 Болезни кожи.

Naevus ichtyosiformis 318.
 » *corneus* 350.
 » *linearis* 350.
 » *mollusciformis* 350.
 » *nervosus* 318.
 » *pigmentosus* 446, 317, 350.
 » *pilosus* 318, 350.
 » *planus* 318.
 » *teleangiectodes* 453.
 » *tuberosus* 350.
 » *unilateralis* 350.
 » *flameus* 453.
 Неврит 373.
 Ненормальное развитие грудных же-
 лез 356.
 Ненормальное число и расположение
 вихров и потоков волос 358.
 Неправильное развитие ушных рако-
 вин 356.
 Неосальварсан 382.
 Нервный панариций 180.
 Нервы кожи 59.
 Нестеровский 281.
Neumann 16, 209.
Neurodermitis 189.
 » *diffusa* 191.
 » *circumscripita* 151.
Neurofibromatosis 309.
 Никольский 25, 40, 52, 54, 59, 70, 109,
 111, 119, 126, 127, 156, 183, 195, 198,
 199, 251, 257, 289, 301, 335, 355, 428,
 460.
 Ногтевая пластинка 29, 35.
 Ногтевое ложе 36.
 Ногтевой корень 35, 36.
 Ногти 35.
 » Гиппократа 315.
 Нойшевский 12.
 Обкусывание ногтей 313.
 Образовательный слой 28.
Ovarinum Poehl 152, 130, 176, 255, 292.
 Овод бычий 438.
Oedema acutum dolorosum 178.
 » *cutis acutum circumscriptum* 177.
 » *hystericum* 180.
Oestrus bovis 458.
 Окаймленная экзема 424.
 Окраска кожи от мышьяка 324.
Oxycephalia 358.
Oleum amygdalarum 127.
 » *jecoris aselli* 407.

Oleum cadinum 218.
 » lithantracis 218.
 » olivarium 322.
 » provinciale 127.
 » ricini 176.
 » rusci 127, 197, 218, 260, 273, 298.
 » sesami 127.
 » fagi 218.
 » Chaulmoograe 389.
 Олигодактилия 315, 356.
 Омертвление кожи 250.
 » влажное 221, 250.
 » множественное 253.
 » сухое 250.
 » у истеричных 253.
 Омоложение 239.
 Onychia 312.
 » syphilitica 315.
 » trophoneurotica 214.
 Onychogryphosis 276, 314.
 Onychomycosis 314.
 » favosa 314.
 » trichophitina 314.
 Опоясывающий лишай 141, 149, 163.
 Опухоли гладкомышечные 453.
 » из лимфатических сосудов 457.
 » соединительнотканного типа 440.
 » сосудистые 456.
 » эпителиального типа 461.
 Ороговение 33.
 » аномалии его 33, 34.
 Oppler 32.
 Orthoformium 260.
 Осипов 12.
 Osmidrosis 280.
 Основная перелопка 27.
 Основной слой эпителия 31.
 Оспа 405.
 Osteoma 444.
 Остроконечные кондиломы 461.
 Острый ограниченный болезненный отек кожи 178.
 » ограниченный отек кожи 177.
 Осызательные тельца Мейсснера 61.
 » клетки Меркеля 60.
 Отверждение кожи 260.
 » носа 409.
 Отек кожи 84.
 » при истерии 180.

Отморожение 362.
 Отравление спорыньей 348.
 Отслаивающее воспаление кожи взрослых 267.
 » воспаление кожи новорожденных 274.
 » воспаление языка 478.
 Ощущение тепла и жара 64.
 » холода 63.
 » щекотки 65.
 Raquelin 294, 319, 394.
 Палочки Гансена 384.
 Paparis nerveux 180.
 Papilloma 461.
 Папиллярный слой кожи 49.
 Папула 88.
 Папулы сифилитические 428, 465, 467.
 Паразитарные пятна 88.
 Parasitophobia 199.
 Паразиты 96, 97.
 Parakeratosis 82, 112.
 Parapsoriasis 219.
 Paronychia 312, 315.
 » lateralis 315.
 » posterior 315.
 Pars papillaris cutis 48, 49.
 » reticularis 48.
 Парши 413.
 Paschkis 241, 242.
 Pasta arsenicalis Hebrae 399.
 » Plenk 309.
 Пачини 12.
 Пачиниевы тельца 61, 387.
 Педжетова болезнь 473.
 Pediculi vestimentorum 436.
 » capitis 435.
 » pubis 437.
 Pediculosis 434.
 Pellagra 349.
 Pemphigus 142, 154, 158.
 » benignus 155, 158.
 » vegetans 143, 154, 155, 160.
 » vulgaris 154, 155.
 » hystericus 155.
 » jodicus 143.
 » leprosus 387.
 » localis 155.
 » malignus 155.
 » neonatorum 166.
 » foliaceus 154, 156, 158, 160, 275.

Пендинская язва 379.
Perifolliculitis 311.
Perlèche 371.
Perspiratio insensibilis 23, 68.
 » *sensibilis* 68.
Perhydrolum Merck 322.
 Песъ 326.
Petechiae 88.
 Печеночные пятна 320.
 Пивные дрожжи 370.
 Пигмент 30.
 Пигментная и сосочковая дистрофия
 кожи 249.
 Пигментные пятна 88.
 Пигментообразование увеличенное 317.
 » уменьшенное 326.
Pix liquida 218.
Pili annulati 306.
 Пилокарпин 245, 198, 215, 273, 280.
Pinkus 16.
Piperazinum 123, 125, 142.
 Пирогаллол 218.
Pityriasis versicolor 422.
 » *rosée* Gibert 210, 220.
 » *rubra* 164, 211, 273, 274.
 » *pilaris* 221, 272.
 » *tabescentium* 236.
Plagioccephalia 358.
Plaques muqueuses 428.
Plasmolysis filaris 81, 237.
 Пластырь Beiersdorf-Unna 15, 142.
 Платяная вошь 436.
 Пленк 4, 5.
 Плиний 3.
 Плоский кожный рак 392, 470.
 Площадь 437.
 Пневмония 315.
 Подкожная жировая клетчатка 27, 47.
Poikiloderma atrophicans vascularis 337.
 Покровный эпителий 27.
 Полиаденит 407.
 Полосы беременных 333.
 Полотенцов 13, 17, 137, 142, 235.
Poro keratosis 246.
 Пороки деления клеток 80.
 Поседение волос 305.
 » перемежающееся 306.
 Поспелов 18, 19.
 Пот 43.
 Потница 277.
 Потовые железы 43.
 Потоки волос 39.

Потоотделение 44.
 » качественное изменение
 его 280.
 » уменьшение его 279.
 » усиление его 46, 276.
 » физиология его 44.
 Почесуха 181.
 Преждевременное поседение 305.
 Прижигание палочкой ляписа 463.
 Припарки 370.
 Причины кожных болезней 95.
 Прободающая язва 243, 257.
Prognathismus 358.
 Проказа 283.
 Простуда 72.
 Противодифтеритная сыворотка 375.
Prurigo 181, 196, 280.
 » *mitis* 185.
 » *ferox* 158, 183.
 Пруригоподобная сыпь 460.
Pruritus 65, 189.
 » *hiemalis* 149.
 » *nervosus* 194.
 » *partialis* 190.
 » *senilis* 195.
 » *toxicus* 195.
 » *universalis* 190.
Pseudodysidrosis mycotica 429.
Pseudoleukaemia cutis 457.
 Психозы 375.
Psoriasis 186, 200, 275, 280, 416, 422.
 » *annularis* 201.
 » *geographica* 201.
 » *gyrata* 201.
 » *guttata* 201.
 » *linearis* 201.
 » *nummularis* 201.
 » *punctata* 201.
 » *universalis* 204, 226.
Psorospermiosis follicularis Darier 248.
 Пузырек 90.
 Пузырная глиста 438.
 Пузырчатка 154.
 » врожденная 167.
 » новорожденных 166.
 Пузырь 91.
 Пузырьковый лишай 147.
Pulvis liquiritiae compositae 125, 274,
 288.
Pulex irritans 439.
 Пуркинъ 25.
Purpura 145.

Purpura annularis teleangiectodes 147.

- » *haemorrhagica* 146.
- » *nervosa* 147.
- » *rheumatica* 146.
- » *senilis* 147.
- » *simplex* 146.

Pustula maligna 375.

Пустулы 91.

Пушковые волосы 38.

Пятнистая атрофия кожи 335.

Пяткин 429.

Пятно 88.

Радий 293, 457, 481.

Разлитая атрофия кожи 336.

Разноцветный лишай 422.

Rayer 8.

Рак кожи 412, 426, 465, 469.

- » вторичный 474.
- » глубокий 471.
- » первичный 470.
- » плоский 470.
- » поверхностный 470.
- » сосочковый 471.

Раковое худосочие 475.

Раковые язвы 474.

Ranvier 12.

Растительные паразиты 96, 413.

Расщепление волос 309.

Реакция агглютинации 429.

Регуляция тепла кожей 76.

Резорциновая паста 321, 322, 325, 329.

Рентген 15.

Ревтеновский дерматит 321, 364.

Рентгенотерапия 127, 132, 143, 165, 187, 199, 218, 238, 242, 245, 279, 282, 293, 309, 312, 314, 328, 338, 389, 393, 401, 406, 412, 417, 419, 422, 425, 442, 450, 455, 456, 460, 468, 475, 478, 479.

Rete mirabile 44.

Ретикулярный слой кожи 48.

Рефлекс мышечно-волосковый 52.

- » сосудодвигательный 54.

Рефлекторные эритемы 138.

Ricke 16.

Ricord 8.

Rhinoscleroma 409.

Rhinophyma 90, 293, 415

Риолан 4.

Робэя 8.

Роговой слой 28, 32.

Рожа 372.

- » привычная 374.

Rosacea 291.

Roseola syphilitica 88, 94, 135, 141.

Розовый лишай 210, 220.

Рот 242.

Ртутное лечение 449.

Ртутные препараты 144, 437.

Рубец 95.

Рыбий жир 407, 408.

Рыбья чешуя 230, 279.

Sabouraud 15.

Sal carlsbadensis 198.

Салициловая кислота — см. *Acidum Salicylicum*.

Салициловокислый натр 147, 154, 215, 267.

Salol 126, 189.

Салотечение 284.

Сальварсан 144, 377, 382.

Сальные железы 41.

Сап 377.

Sapo viridis 188, 215, 423.

Саркоидные новообразования Бёка 45

Sarcoma веретенообразно-клеточный 445.

- » гигантоклеточная 445.
- » Kaposi 446, 459.
- » круглоклеточная 445.

Sarcoma cutis 445, 452.

» *multiplex idiopathicum pigmentosum* 446.

- » смешанная 446.

Свет по Физзену 393, 394, 406.

Светолечение 400.

Свинцовые примочки 126, 312, 343, 362, 366, 374, 425, 439.

Свободные окончания нервов 60.

Seborrhea 210, 284, 372, 405, 416.

- » *congestiva* 402.

- » *oleosa* 284.

- » *sicca* 284.

Secale cornutum (infusum) 124, 143, 152, 176.

Secchi 12.

Септалиус 4.

Септицемия 160, 374, 379.

Септическое размягчение 250.

Сера 433.

Серая ртутная мазь 437.

Сибирязевская сыворотка 377.

Сибирская язва 375.
 Sycosis 310, 411, 416, 422.
 » parasitaria 420.
 Siletti 241.
 Синдактилия 356, 577.
 Syringo-cysto-adenoma 465.
 Сырской 235.
 Сифилид лентикулярный 226.
 Сифилитическая гумма 142, 428.
 Сифилитические бугорки 411, 472.
 » папулы 153.
 » язвы 393, 428, 472.
 Syphylophobia 200.
 Scabies 186, 196, 430.
 Скарификация 292, 400, 456.
 Скарлатина 136, 267.
 Scrophocephalia 358.
 Squama 94.
 Скинпидар 489.
 Складки мошонки 24.
 » сочленений 24.
 Sclerodermia 227, 403.
 Склероз сифилитический 410, 411.
 Scleroma respiratorium 409.
 Scrophuloderma 390, 394.
 Scutula favosa 413, 416.
 Слизистый отек 345.
 Слои Генле и Гексли 38.
 Слоновость 330, 339.
 Смесь Боткина 125.
 Смирнов 12.
 Собачий клещ 438.
 Собственно кожа 48.
 Согревающий компресс 215, 236, 242, 370.
 Соединительнотканная основа кожи 46.
 Solutio arsenicalis Fowleri 129, 410, 412.
 Сосочки 49.
 Сосочковая опухоль 461.
 Сосочковые гребешки и бороздки 24.
 Сосудистая опухоль 453.
 Сосудистые пятна 88.
 Сосудодвигательные рефлексы кожи 54.
 Сосуды кожи 53.
 Сопонодол 165.
 Spermacetum 367.
 Спермин Пеля 130, 170.
 Spiritus saponatus kalinus 288, 320, 362, 417, 424.
 Спирт 372.
 Sporotrichosis 426.
 » verrucosa s. papillomatosa 427.

Sporotrichosis 426.
 » gummosa subcutanea dispersa 427.
 » ecthymatiformis 427.
 » epidermoidalis 427.
 Способ Голлендера 406.
 Средства, возбуждающие кожу 237, 260, 273, 275, 288, 291, 298, 307, 323, 333, 335, 337, 338.
 » восстанавливающие 217.
 » высушивающие кожу 278.
 » вяжущие 126, 143, 154, 278, 312, 360, 366.
 » дезинфицирующие 154, 260, 278, 280, 288, 316, 348, 363, 366, 368, 374, 379, 393.
 » защищающие 126, 143, 154, 166, 168, 176, 321, 360.
 » зудуспокаивающие 132, 177, 197.
 » исправляющие обмен веществ 124, 125, 129, 176, 215, 335.
 » исправляющие пигменто-образовательную функцию 328.
 » кератолитические 246.
 » кератопластические 166, 168, 217, 273, 297, 433.
 » мочегонные 125, 143.
 » обезжиривающие 296.
 » обеззараживающие кишечник 124, 126, 176, 188, 189.
 » обеззараживающие кожу 145, 166, 168, 176, 288.
 » ограничивающие потоотделение 198, 278, 282.
 » отшелушивающие 320, 321, 325, 329.
 » послабляющие 124, 125, 145, 176, 189, 273, 288.
 » потогонные 188, 198, 215, 237, 273, 278.
 » противовоспалительные 147, 166, 316.
 » противонервные 227, 349.
 » противопаразитарные 314, 417, 432, 436, 437.
 » противоревматические 147.
 » противосеборройные 192.
 » противотоксические 153.

Средства, размягчающие 126, 143, 236, 242, 254, 273, 312, 433.

- » разрезающие 126, 131, 215, 260, 273, 312, 343, 362, 405, 425.
- » разрушающие ткань 319, 394, 399, 433, 463, 472.
- » растворяющие и разрушающие роговой слой 242, 245.
- » свертывающие кровь 147.
- » сдавливающие ткань 374.
- » сосудорасширяющие 126, 142, 187, 198, 215, 237, 273, 275, 297, 298, 299, 305, 308, 310, 320, 322, 332, 335, 339, 348, 405.
- » сосудосуживающие 124, 126, 143, 154, 176, 197, 214, 278, 287, 292, 312, 360, 362, 363, 366, 406, 425.
- » укрепляющие 129, 142, 154, 169, 189, 198, 214, 227, 237, 253, 256, 266, 273, 275, 278, 282, 287, 297, 298, 304, 305, 320, 332, 335 — 337, 347, 371, 408.
- » успокаивающие 124, 126, 142, 153, 154, 166, 168, 176, 180, 187, 188, 197, 198, 228, 258, 260, 273, 278, 282, 292, 304, 312, 360, 406, 425.

Ссадина 92.

Старческая кожа 51.

Статический душ 176, 197, 228, 273.

Стафилококки 370.

Стекловидный слой кожи 32.

Stypticinum 125.

Styrax 434.

Stratum germinativum 28.

- » granulosum 31.
- » lucidum 32.

Стрептококки 374.

Striae atrophicae 333.

- » gravidarum 333.

Стригущий лишай 419.

Strophulus 173.

Струнец 438.

Струковенков 17.

Sudamina 277.

- » crystallina 277.
- » rubra 277.

Сулема 370, 418, 438.

Sulfur praecipitatum 133.

Suprareninum Roche 324.

Суховоздушный душ 372.

Scissura pilorum 309.

Сыворотка стрептококковая 375.

Tabes 446.

Talcum 278.

Tanninum 279.

Tartarus emeticus 382.

Татуировка 325.

Taches bleues 435, 437.

Тверской 466.

Текутьев 12.

Телеангиэктазии 402, 447, 450, 453.

Тепловое лечение 127, 131, 117, 179, 187, 273, 282, 291, 335, 337, 348, 363, 368, 370, 426.

Тер-Грегорьянц 13.

Термокаутер 379, 393, 467.

Тимофеев 12.

Tinctura jodi 279, 289, 422, 477.

- » cantharidum 299, 305, 307, 310.
- » convallariae majalis 124.
- » opii 154, 165, 481.

Гирозинамин 441.

Тиф возвратный 437.

- » сыпной 437.

Токи d'Арсоналя 15, 162, 187.

Toxicodermiae 348.

Toxiphobia 199, 359.

Томса 12.

Toractogenos Kurzii 386.

Треугольные и ромбические поля кожи 25.

Trichorrhexis areata 301.

- » nodosa 310.

Trichotillomania 200.

Trichophytia profunda 420, 422.

- » unguis 420.

Trichophyton tonsurans 421.

Тропическая язва 379.

Трофоневроз 168.

Трунный бугорок 393.

Туберкулезные страдания кожи 390.

Tuberculide papulo-necrotique 391, 407.

- » papulo-pustuleuse 391.

Туберкулиды 405.

Туберкулин 359, 405.

Tuberculosis cutis verrucosa 393.

- » miliaris 391, 472.

Tuberculum 89.

Tumenolum 274.

Thymolum 389.

Увеличенное образование пигмента 277, 317.

Углекислые ванны 291, 305, 332.

Угольная кислота 228, 337, 332.

Узелок 88.

Узловая атрофия волос 310.

Ulerythema centrifugum 402.

Ulcus 93.

» cruris chronicum 259.

» perforans 243, 257.

» rodens 392, 470.

» tuberculosum 391.

Ultrazeozon 321, 364.

Ulcera cutanea 257.

Уменьшение пигмента 326.

Уменьшенное отделение пота 279.

» » сала 291.

Unguentum boricum 166, 168, 382.

» Wilkinsonii 188, 221, 433.

» Wilsonii 126, 127, 154, 166, 168, 197, 221, 312, 406, 425, 433.

» glycerini 322.

» hydrargyri praecipitati flavi 343, 417, 419.

» diachylon' 131, 143, 197, 215, 273, 343, 368, 369, 417.

» xeroformii 166, 168, 260.

» cinereum 343, 437.

» zinci 425.

Unna 3, 12, 15.

Uridrosis 280.

Urticaria 89, 171, 187.

» bullosa 172.

» haemorrhagica 172.

» perstans papulosa 173.

» pigmentosa 173.

» factitia 173.

» chronica gangraenosa 173.

Сильное выделение пота 276.

avus 413.

» capillitii 417.

acies leonina 381.

арадизация 132, 176, 187, 197, 228,

237, 242, 260, 274, 291, 305, 332.

Атер-Пачининые тельца 61.

bris herpetica 148, 164.

minimus 315, 351.

Fibrolysin 442.

Фиброма 440, 445.

Fibroma durum 440.

» cavernosum 440.

» lymphangiectaticum 440.

» myxomatodes 440.

» petrificans 440.

» teleangiectaticum 440.

» cysticum 440.

Фиброматоз кожи 440.

Fibrosarcoma 445.

Filaria sanguinis 342.

Phyma 90.

Finger 16.

Flumina pilorum 59.

Финзен 15.

Финзеновский свет 353, 393, 400, 403, 406, 457.

Флегмона 373.

Fores chamomillae 154, 165.

Folliculitis scleroticans 290.

Fovea ex atrophia subcutis adiposae 355, » coccugea 355.

Формалин 279, 280.

Фототерапия 406.

Framboesia syphilitica 144.

Freu 12.

Фридман 18.

Фрич 14.

Phthyriasis 196, 432, 434

Фурункул 141, 369.

Фурункулез 370.

Хаспеков 132, 218, 312, 401.

Хед 12.

Chaloderma 353.

Хинин 124, 142, 144, 153, 166, 170, 176, 273, 278, 287, 292, 304, 370, 375, 406, 425.

Chloasmata 320.

Хлорал-гидрат 144.

Холод 154, 179, 360.

Chorditis vocalis inferior hypertrophica Gergardt 410.

Chrysarobinum 217, 220.

Хроматофоры 30.

Chromidrosis 280.

Цельс 3.

Cicatrix 95.

Цилиндрический слой кожи 31.

Zincum oxydatum 364

Cysticercus cellulosae 438.

Черное мыло 334.

Черный волосатый язык 249.

» угорь 284.

Чесотка 430.

Чешуйчатый лишай 200.

Чешуя 94.

Чувствительность кожи 64.

Чудная сеть 44.

Шанкр мягкий 153.

Schausit 7.

Шедель 7.

Шелушение 94.

Schönlein 70.

Шиповатый кератоз 246, 247.

Шляев 107, 109, 116.

Шипка 90.

Шипковидный нос 293.

Schlesinger 12.

Spalteholz 12.

Щелочные минеральные воды 176, 188.

Эвроден 393.

Экзема — см. Eczema.

Эластическая ткань 49, 85.

Эластичность кожи 51.

Элендин 32.

Электричество (лечение) 282, 291, 297, 307, 328, 335, 337, 338, 343, 347.

Электролиз 245, 309, 319, 351, 442, 444, 457, 468.

Эпиляция 308, 309, 412, 417, 422.

Эпителиальное влагалище волоса 37.
» » внутреннее 38.

Эпителиальное влагалище волоса наружное 38.

Эрготин 124, 142, 215, 278, 287, 292, 304, 406, 425.

Эректильные опухоли 455.

Эритема многоформенная экссудативная 113, 134, 154, 439.

Эритемы викарные 139.

» инфекционные 140.

» лекарственных 139, 144.

» рефлекторные 138.

» токсические 138.

» центральные 138.

Эритразма 375, 424.

Эритромелалгия 178.

Эрлих 12, 60.

Эрман 12.

Эфир этиловый 389.

Эфирное масло 439.

Язва 93.

» прободящая 243, 257.

Язвенная бугорчатка кожи 391.

Язвы варикозные 341.

» волчаночные 341.

» кожи 224, 257.

» сифилитические 393, 393, 428, 472.

Ямки вследствие атрофии жировой ткани 355.